

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Médico-Cirúrgica
Vertente Pessoa Idosa
Relatório de Estágio

Prevenção de queda no domicílio da Pessoa Idosa:
Intervenções de Enfermagem

Teresa Maria Lopes Vaz de Oliveira

Lisboa
2017



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Médico-Cirúrgica
Vertente Pessoa Idosa
Relatório de Estágio

**Prevenção de queda no domicílio da Pessoa Idosa:
Intervenções de Enfermagem**

Teresa Maria Lopes Vaz de Oliveira


Orientador: Professora Doutora Maria Adriana Henriques

Co-Orientador: Professora Doutora Cristina Lavareda Baixinho

Lisboa

2017

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Agradecimento

Professora Adriana, grata por ter aceite a orientação deste percurso e por todos os momentos académicos que permitiram crescer e somar.

Professora Cristina, grata por ter aceite fazer esta caminhada e torná-la numa extraordinária viagem de descoberta! Sabe uma coisa? Sempre que eu insistia em dificultar, a Senhora esteve sempre presente como um farol nos momentos náufragos. Gratidão é que sinto por si! Será sempre um dos meus “Amarelos”!

Às Pessoas Idosas que participaram só posso dizer: Bem Hajam! Vós fostes a minha motivação maior. Senti o vosso Amor em cada momento.

João, companheiro de uma grande viagem ... grata por teres abdicado de tanta coisa e teres permitido que esta viagem fosse mais suave. LY!

Rodrigo e Maria, fonte de inspiração, grata meus filhos por me fazerem sentir viva...amo-vos!

Comadre, amiga de uma vida, estiveste sempre comigo! *Namastê!*

Mãe e Pai: São a minha inspiração! Amo-vos!

Enfermeira Diretora Cláudia Rainha, grata por ter dado o incentivo para a continuação deste projeto! Bem-haja!

Colegas da UCSP Olival, UCC Cacém *Care* e Ortopedia do HFF: abraço cada um/a de vós pelo profundo carinho transmitido. Senti-me em Amor e apoiada por vós!

Teresa Pereira, Paula Câmara, Amélia Martins, Paula Vitorino e Tiago Maurício grata por terem aceitado orientar-me em contexto clínico. Obrigada pelo incentivo e pela disponibilidade, sem vós teria sido muito difícil.

Aos amigos que aceitaram a minha ausência e mesmo assim foram dando “toques”: Obrigada!

Como afirmou o Papa Francisco “a nossa vida é um caminho, quando paramos, não vamos para frente”. Por isso: “O Deus que habita em mim saúda e honra o Deus que habita em cada um de Vós”. *Namastê!*

Lista de Abreviaturas/Siglas e Acrónimos

AAOS - *American Academy of Orthopaedic Surgeons*

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

AGS - *American Geriatrics Society*

ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

AVD - Atividades de Vida Diária

BGS - *British Geriatrics Society*

CC - Cuidados Continuados

CDC - *Centers for Disease Control and Prevention*

CES - Comissão de Ética para a Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DE - Diagnóstico de Enfermagem

DGS - Direção Geral de Saúde

EC - Ensino Clínico

ECCL - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Enf^o/Enf^a/ E - Enfermeiro/Enfermeira

EpS - Educação para a Saúde

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

et al – (*et alli*): significa “e outros”

F - Feminino

FCG - Fundação Calouste Gulbenkian

FES - *Falls Efficacy Scale*

FFMS - Fundação Francisco Manuel dos Santos

HFF, EPE - Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, Entidade Pública Empresarial

ICD - *International Classification of Diseases*

INE - Instituto Nacional de Estatística

INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.

M - Masculino

MMSE - *Mini- Mental State Examination*

n - Amostra

NICE - *National Institute for Health and Care Excellence*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de saúde

PI - Pessoa Idosa

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNSD - Plano Nacional de Segurança do Doente

PS - Planeamento em Saúde

S - Sujeito

Sr./Sr^a - Senhor/Senhora

TUGT - *Timed Up and Go Test*

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

VD - Visita domiciliária

WHO - *World Health Organization*

% - Percentagem

RESUMO

A longevidade humana é uma importante conquista histórica e social, mas também, uma preocupação pelas consequências multidimensionais que encerra, entre as quais as quedas, como terceira causa de incapacidade crónica em idosos, sendo responsáveis por uma elevada morbilidade, mortalidade e sofrimento admitindo a necessidade de intervenção baseada em evidência.

O atual projeto realizado no Agrupamento de Centros de Saúde de Sintra, na Unidade de Cuidados na Comunidade Cacém Care e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Olival, de outubro de 2016 a fevereiro de 2017, teve como objetivos identificar o risco de queda na pessoa idosa e implementar intervenções adequadas e exequíveis, com ênfase na prevenção de queda, promovendo a segurança e a independência do idoso no seu domicílio.

Para o diagnóstico da situação recorreu-se a uma amostra de conveniência constituída por 31 idosos, com a finalidade de identificar os fatores de risco multidimensionais presentes. Foi utilizada a metodologia de Planeamento em Saúde e o quadro conceptual de Dorothea Orem.

A avaliação multidimensional do risco de queda numa amostra de 31 idosos permitiu identificar os seguintes fatores de risco: o ter mais de 85 anos, comorbilidades, polimedicação, fatores de risco ambiental e comportamental, barreiras na comunicação entre os profissionais e os idosos, falta de informação dos idosos em relação à prevenção de quedas e a falta de informação dos profissionais sobre conhecimento e compreensão dos fatores de risco enquanto primeira intervenção para a prevenção de quedas na pessoa idosa.

Este projeto permitiu a introdução do diagnóstico de risco de queda a todos os idosos que se deslocam à Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Olival e Unidade de Cuidados na Comunidade Cacém Care, a uniformização do registo em SClínico, a formação da equipa, o envolvimento de inter pares assim como, intervenções de enfermagem no idoso que recorre a estas duas Unidades.

A avaliação do risco de queda e a prevenção de queda no idoso é um processo complexo que tem de ser mantido no tempo deixando-se sugestões para a prática.

Palavras-chave: Pessoa Idosa; Queda; Fatores de Risco; Comunidade; Intervenções de Enfermagem.

ABSTRACT

Human longevity is an important historical and social achievement, but also a concern for the multidimensional consequences of falls, such as falls, as the third cause of chronic disability in the elderly, being responsible for a high morbidity, mortality and suffering admitting the need based intervention.

The current project carried out at the Sintra Health Center Group, the Cacém *Care* Community Care Unit and the Olival Personalized Health Care Unit, from October 2016 to February 2017, aimed to identify the risk of falling in the elderly and implement appropriate and feasible interventions, with an emphasis on fall prevention, promoting the safety and independence of the elderly at home.

For the diagnosis of the situation, a convenience sample of 31 elderly people was used to identify the multidimensional risk factors present. The methodology of Health Planning and the conceptual framework of Dorothea Orem was used.

The multidimensional assessment of the risk of falls in a sample of 31 elderly people allowed us to identify the following risk factors: o being over 85 years old, comorbidities, polymedication, environmental and behavioral risk factors, communication barriers between professionals and the elderly, lack of Information from the elderly regarding the prevention of falls and the lack of information of the professionals on knowledge and understanding of the risk factors as the first intervention for the prevention of falls in the elderly person.

This project allowed the introduction of the diagnosis of fall risk to all the elderly who move to the Personalized Olival Health Care Unit and Care Unit in the Cacém *Care* Community, the standardization of registration in SClínico, the formation of the team, the involvement of partnerships as well as nursing interventions in the elderly that uses these two Units.

The assessment of the risk of falls and the prevention of falls in the elderly is a complex process that must be maintained over time, leaving suggestions for practice.

Key words: Elderly; Falls; Risk factors; Community; Nursing Interventions.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	15
1. O ENVELHECIMENTO	19
1.1. A queda na pessoa idosa	20
1.1.1. Fatores de risco e o impacto das quedas na pessoa idosa.....	22
1.2. A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica vertente pessoa idosa, na prevenção de queda no domicílio da pessoa idosa - A promoção do Autocuidado	24
1.2.1. A prevenção da queda no domicílio da pessoa idosa – Intervenções de Enfermagem.....	27
2. EXPERIÊNCIAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS NOS ENSINOS CLÍNICOS	29
2.1. Serviço de Ortopedia do Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, EPE	30
2.2. Unidade de Cuidados na Comunidade Cacém Care e na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Olival	34
2.2.1. Elaboração do plano.....	35
2.2.1.1. Tratamento e discussão de dados.....	38
2.2.2. Execução: Intervenção na prevenção de queda da pessoa idosa.....	50
2.2.3. Avaliação.....	55
3. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO: ENFERMAGEM MÉDICO – CIRÚRGICA – VERTENTE PESSOA IDOSA	57
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS/SUGESTÕES PARA A PRÁTICA ...	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63

APÊNDICES

APÊNDICE I – Cronograma de Atividades

APÊNDICE II – Objetivos Gerais e Específicos do projeto

APÊNDICE III - Estudo de caso no Hospital Professor Doutor Fernando da
Fonseca, EPE

APÊNDICE IV – Protocolo da *Scoping Review*

APÊNDICE V – Divulgação do projeto à equipa de Ortopedia do HFF, EPE

APÊNDICE VI – Conteúdo da sessão apresentada no dia 10/11/2016 como
Co-autor da comunicação livre do I Congresso Internacional
Gestão da Transição Segura

APÊNDICE VII – Consentimento Informado

APÊNDICE VIII – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT e
Direção Executiva do ACES Sintra

APÊNDICE IX – Indicadores de Avaliação/Execução

APÊNDICE X – Estudo de caso na UCSP Olival

APÊNDICE XI – Conteúdo da sessão apresentada a 21/11/2016

APÊNDICE XII – Conteúdo da sessão apresentada a 18/01/2017

APÊNDICE XIII – Conteúdo da sessão apresentada a 01/02/2017

APÊNDICE XIV – Conteúdo da sessão apresentada a 09/02/2017

ANEXOS

ANEXO I - Justificação da participação no I Congresso Internacional Gestão
da Transição Segura

ANEXO II - Relatório do Ensino Clínico no Hospital Professor Doutor
Fernando da Fonseca, EPE

ANEXO III - Caderno de Instrumentos de Colheita de Dados

ANEXO IV - Divulgação das formações

ANEXO V - Questionário de Satisfação/Resultados da avaliação das
formações

ANEXO VI - Postal Imanizado

Índice de Tabelas

	Pág.
Tabela 1 - Caracterização da amostra quanto ao sexo e grupo etário. Lisboa 2017.....	38
Tabela 2 - Caracterização da amostra quanto ao estado civil, agregado familiar e grau de escolaridade. Lisboa; 2017.....	39
Tabela 3 - Caracterização da amostra quanto ao motivo dos cuidados no domicílio. Lisboa; 2017.....	39
Tabela 4 - Distribuição dos sujeitos que sofreram queda quanto aos fatores de risco de queda. Lisboa; 2017.....	40
Tabela 5 - Caracterização da amostra em relação ao grau de dependência. Lisboa; 2017.....	41
Tabela 6 - Distribuição da amostra de acordo com as patologias associadas. Lisboa; 2017.....	41
Tabela 7 - Distribuição da amostra quanto ao tipo de medicação atual. Lisboa; 2017.....	42
Tabela 8 - Distribuição da amostra de acordo com o <i>Teste Timed Up and Go</i> . Lisboa; 2017.....	42
Tabela 9 - Distribuição da amostra quanto à Falls Efficacy Scale. Lisboa; 2017.....	43
Tabela 10 - Avaliação dos fatores de risco ambientais para a queda. Lisboa; 2017.....	44
Tabela 11 - Distribuição da amostra de acordo com a Escala de avaliação das práticas e comportamentos do idoso na prevenção de quedas. Lisboa; 2017.....	46
Tabela 12 - Indicador de impacto.....	55

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenómeno global, apresentando Portugal 2.122.336 pessoas com mais de 65 anos, dos quais 605.012 têm mais de 80 anos (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2015; Fundação Francisco Manuel dos Santos (FFMS), 2016). O envelhecimento demográfico é decorrente da redução nas taxas de fertilidade e do acréscimo da longevidade nas últimas décadas, fruto do elevado desenvolvimento técnico-científico ao serviço da saúde, assim como, do desenvolvimento das sociedades.

Em Portugal, assim como no resto da Europa, considera-se pessoa idosa (PI) todo o indivíduo, independentemente do estado de saúde e sexo, com idade igual ou superior a 65 anos (*World Health Organization* (WHO), 2002, 2015; Direção Geral de Saúde (DGS), 2012), adotando-se esta definição de pessoa idosa para este relatório.

Os idosos são um grupo particularmente vulnerável, quer pelas multipatologias frequentemente associadas, como também pelo risco de perda de autonomia. Neste sentido, o *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) (2013) refere que manter a capacidade funcional dos idosos passa por manter a independência e prevenir a incapacidade, atribuindo aos profissionais de saúde a responsabilidade de promover a segurança da pessoa idosa.

A queda é a principal fonte de lesões fatais e não fatais nos idosos, sendo a maioria destas lesões consideradas leves, tais como, escoriações, hematomas ou distensões, porém, estas lesões no idoso, consoante o grau de severidade, podem provocar uma maior incapacidade, um aumento da hospitalização, maior risco de dependência assim como o risco de morte (WHO, 2007; American Geriatrics Society (AGS/*British Society of Gerontology* (BGS), 2011; Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2015).

A implementação de uma política de prevenção de queda no idoso desafia os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), pela proximidade privilegiada que têm com os clientes, em particular com os idosos, a identificarem os fatores de risco de forma a poder atuar sobre estes, porque é prioritário reconhecer que a identificação precoce dos idosos

em risco de cair é a primeira intervenção para a prevenção de queda na pessoa idosa (AGS/BGS, 2010; Albert *et al*, 2014; CDC, 2015).

O enfermeiro na primeira etapa do processo de enfermagem, ao avaliar o risco de queda, identifica-o de imediato. A elaboração deste diagnóstico, a partir dos fatores de risco individuais, é fundamental para o planeamento de intervenções baseadas na evidência, permitindo controlar o risco, diminuir a prevalência de quedas, bem como das lesões decorrentes desta (Miller, Wightman & Campbell, 2009; NANDA *International*, 2013).

Neste sentido, o enfermeiro especialista, no âmbito do envelhecimento, deve adquirir competências para um desempenho profissional revelador de uma aplicação de conhecimentos específicos e capacidade de cuidados de enfermagem especializados (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2015a), o que vai ao encontro de Benner (2005) quando explana as competências de enfermagem em cinco níveis: iniciado; iniciado avançado; competente; proficiente e perito. O enfermeiro especialista deve possuir conhecimentos técnicos, ser capaz de tomar decisões, comunicar eficazmente, ser flexível, responsável e criativo, ter espírito crítico e de iniciativa e ter uma conduta ética e deontológica. Este percurso é construído ao longo da sua vida profissional.

Assim, no âmbito do 5º Curso de Pós - Licenciatura e Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Pessoa Idosa, foi desenvolvido um projeto denominado: “Prevenção de queda no domicílio da pessoa idosa: Intervenções de Enfermagem”, com a finalidade de desenvolver competências como enfermeira especialista na área Médico-Cirúrgica, vertente de especialização Pessoa Idosa, na identificação do risco de queda nesta e implementação de intervenções adequadas e exequíveis, com ênfase na prevenção de queda, promovendo a segurança e a independência da PI na comunidade, em particular no seu domicílio.

Nesta sequência, acrescenta-se que para o desenvolvimento do ciclo de estudos inerente ao grau de Mestre é imperativo uma aprendizagem centrada na aquisição e desenvolvimento de competências, por forma a revelar a capacidade de análise em relação ao desenvolvimento do conhecimento da prática de enfermagem, e a compreensão do processo de saúde/doença (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), 2014).

O interesse pela temática surgiu por diferentes motivos, salientando-se o desempenho como enfermeira nos CSP apenas desde o final de 2012, a percepção do aumento do número de idosos como clientes dos CSP e também a noção de que a queda no idoso é hoje um fenómeno global, com repercussões a nível da saúde pública, o que exige do enfermeiro (Enf^o), neste contexto, um papel proativo.

Como objetivos gerais pretendeu-se: conhecer o estado da arte relativamente ao fenómeno da prevenção da queda no domicílio da PI; desenvolver competências de enfermeira especialista centrada na prevenção de quedas no domicílio da PI e promover o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem na prevenção de quedas no domicílio da PI.

O presente projeto foi estruturado de acordo com a metodologia do Planeamento em Saúde (PS) (Imperatori & Giraldes, 1993) e o referencial teórico foi o da Teoria do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem (Orem, 1993), assumindo-se que os enfermeiros devem contribuir de forma expressiva na promoção do Autocuidado, contribuindo para os processos de transição vividos pelas pessoas, através de medidas contínuas, envolvendo toda a equipa multidisciplinar, sendo o enfermeiro especialista em Médico-Cirúrgica, vertente Pessoa Idosa, um perito com um conhecimento diferenciado e competências acrescidas no trabalho em equipa.

Este projeto foi sustentado por revisão de artigos de investigação, revisão sistemática da literatura, consulta de *guidelines* elaborados a partir da evidência disponível e ainda com a elaboração de um estudo secundário – *Scoping Review*.

O presente relatório pretende dar a visão de um documento estruturado e demonstrativo da trajetória efetuada durante o percurso de ensino/aprendizagem do estágio que decorreu entre o dia 03 de outubro de 2016 e 10 de fevereiro de 2017.

Este trabalho de projeto encontra-se estruturado em 8 partes: 1) Introdução; 2) Enquadramento da temática; 3) Experiências e competências adquiridas nos ensinamentos clínicos, apresentando-se a metodologia de Planeamento em Saúde no segundo ensino clínico (EC) dividido em três subcapítulos: elaboração do plano; execução e avaliação; 4) Reflexão sobre as competências desenvolvidas; 5) Considerações finais, onde constam sugestões para a prática; 6) Referências bibliográficas; 7) Apêndices e 8) Anexos.

1. O ENVELHECIMENTO

A longevidade humana é uma importante conquista histórica e social, mas também, uma preocupação pelas consequências multidimensionais que encerra. Partindo de uma conceção antropológica que reconhece a dimensão biológica, psicológica, sociocultural e espiritual num estreito entrelaçado pessoal, confinar o processo de envelhecimento humano a um mero processo biológico é redutor, exigindo uma análise no contexto total em que é produzido: a natureza complexa das sociedades humanas (WHO, 2015).

A esperança de vida tem vindo a aumentar nas últimas décadas. Desde 2013, verifica-se que na Europa a população ativa começou a decrescer e constata-se que a população com mais de 60 anos aumenta a um ritmo de dois milhões de pessoas por ano (*United Nations*, 2013), representando cerca de 19% da população total comparativamente com os 15% do número de jovens (INE, Censos, 2011), evento que está a originar um padrão geracional que reivindica novas políticas e respostas. Em Portugal, existem no presente 2.122.336 pessoas com mais de 65 anos dos quais 605.012 são pessoas com mais de 80 anos (INE, 2015; Fundação Francisco Manuel dos Santos (FFMS), 2016).

O aumento da esperança média de vida nem sempre tem sido acompanhado da melhoria da qualidade de vida (Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), 2012), verificando-se, ainda, que com o desenvolvimento científico e tecnológico torna possível prevenir, diagnosticar e até curar muitas doenças. No entanto, na população idosa o risco associado aos processos saúde/doença é cinco vezes superior nos que não andaram na escola, quatro vezes superior nas doenças crónicas e três vezes maior nas limitações, sendo Portugal o país da Europa onde estes processos são mais evidentes (OPSS, 2016).

Assim, percebe-se que o envelhecimento populacional tem efeitos variáveis, que se alargam a vários setores da sociedade, porque o envelhecimento é um processo heterogéneo em que vários fatores podem contribuir para aumentar os riscos para a saúde e segurança das PI, tais como: a polimedicação, a que as doenças crónicas obrigam, o isolamento social/abandono, a vulnerabilidade financeira e algumas situações traumáticas como “as quedas e os acidentes que reduzem a mobilidade e a independência e aumentam o risco de morte prematura” (DGS, 2012, p. 7).

1.1 . A queda na pessoa idosa

Segundo o *Global Report on Falls Prevention in Older Age* da WHO (2007), as quedas são, um problema de saúde em todas as regiões do mundo que se deparam com o impacto do envelhecimento da população, sendo considerado na atualidade uma questão grave de saúde pública, uma vez que ocorre com frequência e pode ter consequências graves na vida da PI.

As quedas são a terceira causa de incapacidade crónica em idosos, sendo responsáveis por uma elevada morbilidade, mortalidade e sofrimento (WHO, 2007), as quais são reconhecidas como uma “*growth area*”, admitindo claramente a necessidade de intervenção baseada em evidência e com impacto mensurável na comunidade, porque sem esta, o número de quedas e custo associado vai aumentar (CDC, 2015; Houry, Florence, Baldwin, Stevens & McClure, 2016).

No seu quotidiano a PI que vive na comunidade pode sofrer uma queda (Smith *et al*, 2017) aspeto este reforçado por Mitchell, Aitken e Court-Brown (2013), quando afirmam que 1/3 dos idosos caem em contexto comunitário. A queda em casa que resulta em lesão grave tem consequências para além da lesão física, porque gera incapacidade funcional, contribuindo para o aumento da dependência do idoso, identificando-se como uma das principais causas de institucionalização dos idosos (Yamada, Siersma, Avlund & Vass, 2012; Medeiros, 2012), todavia a institucionalização vai continuar a afetar o idoso, já que a prevalência de queda é superior nestes locais (Baixinho & Dixe, 2014; Gillespie *et al*, 2012; Rodriguez-Molinero *et al*, 2015).

Em Portugal, dos 14.480 Acidentes Domésticos e Lazer notificados no Relatório EVITA (Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes) 2009-2012, 18,1% são com idosos, 43,6% ocorreram em contexto domiciliário e 68,7% são quedas (Contreiras, Rodrigues & Nunes, 2014).

As PI têm maior risco de queda, verificando-se que cerca de 30% dos idosos que vivem na comunidade já caíram pelo menos uma vez por ano, subindo este valor para 50 % nos que têm mais de 80 anos (WHO, 2007; NICE, 2013).

Nos Estados Unidos da América, 20 a 30% dos idosos que caem sofrem lesões moderadas ou graves, tais como contusões, fraturas de anca ou traumatismo craniano.

Os custos de saúde associados às quedas são muito expressivos, sabendo-se que, nos Estados Unidos da América, em 2015, gastaram-se aproximadamente 592,4 milhões de euros com lesões fatais associadas com este fenómeno e 29 bilhões de euros com lesões não fatais associadas com o mesmo (Burns, Stevens & Lee, 2016).

Em Portugal, a estimativa dos custos de saúde associados às quedas não está ainda bem clarificada, estima-se, no entanto, que os gastos dos custos de saúde sejam por 70% dos acidentes nos idosos (DGS, 2012).

Nesta sequência, Polinder, Toet, Panneman e Beeck (2011) recomendam a utilização de uma metodologia padronizada, para a avaliação dos custos dos acidentes, a qual deverá incluir informação sobre a incidência do fenómeno, nomeadamente: o acidente, o mecanismo da lesão; causa e as suas consequências; recurso à urgência, internamento, incapacidade e morte (DGS, 2010; Hartholt *et al*, 2012).

O Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2016 realça a importância da ação comunitária em promoção da segurança e prevenção dos acidentes, o qual inclui neste eixo de intervenção as ações que devem ser dirigidas para a sensibilização dos diferentes grupos, incluindo a PI enquanto grupo vulnerável, tendo em conta as questões de segurança e cidadania, os determinantes sociais dos acidentes não intencionais, assim como os ambientes de maior risco e a importância da prevenção de todo o tipo de acidentes, os quais incluem, a promoção de sinergias entre políticas de mobilidade segura e sustentável, mudança de atitudes e comportamentos e reforço da segurança (DGS, 2010), indo ao encontro do Plano Nacional de Segurança do Doente (PNSD) 2015-2020, cuja meta para o final de 2020 pretende que 95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde tenham implementado práticas para a prevenção e redução da ocorrência de quedas para todos os cidadãos com ênfase na PI (DGS; 2015).

A etiologia multifatorial da queda pode traduzir a existência de um problema de saúde que ainda não foi identificado (Martin, 2011). Esta pode ser vista como uma consequência de algumas patologias, doenças crónicas, efeitos do envelhecimento em vários sistemas, nomeadamente no músculo-esquelético, neurológico e sensorial (Speechley, 2011), mas mais do que um evento em si, é um fenómeno que assume uma complexidade tal subjacente à prevenção de problemas

de saúde nos idosos, ao ambiente, ao comportamento e às condições socioeconómicas que a tornam uma síndrome geriátrica (Kalula, Scott, Dowd & Brodrick, 2011).

Neste sentido, a clarificação do conceito “Queda” é pertinente uma vez que o ato de “cair” tem diferentes representações, o que torna a uniformização dos significados fundamental (Hauer, Lamb & Becker, 2006).

Neste projeto, a definição de **queda** é a da WHO (2007), que a define como:

um deslocamento não intencional, em decorrência da perda de equilíbrio postural, que tem como consequência a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo em relação à sua posição inicial, excluindo as mudanças de posição intencionais de descanso em móveis, paredes ou outros objetos (WHO, 2007, p.1).

No *International Classification of Diseases, 10th Revision* (ICD – 10 Versão: 2016) da WHO (2016) a **queda** é classificada como: – W00-W19.

1.1.1. Fatores de risco e o impacto das quedas na pessoa idosa

A queda é um fenómeno complexo para o qual concorrem vários fatores, que interagem de forma dinâmica, os quais, devem ser apreciados com particular atenção aquando da avaliação do risco de queda (WHO, 2007; AGS/BGS, 2010; Sartini *et al*, 2010; Moyer, 2012), sendo importante salvaguardar que o risco de queda é um diagnóstico de enfermagem (DE). A taxonomia da NANDA *International* (2013, p. 406) define o DE como: “a suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico” e a monitorização do risco de queda e a implementação de medidas de prevenção, as alavancas que permitem não só o controlo deste fenómeno, como também o impacto das suas consequências (Morse, 2009).

Neste sentido, o modelo apresentado pela WHO (2007) mostra como as quedas resultam de uma complexa interação de vários fatores de risco, os quais, estão categorizados em quatro dimensões: **biológica** (idade, género, raça, doenças crónicas, declínio das capacidades físicas, cognitivas e afetivas); **comportamental** (polimedicação, consumo excessivo de álcool, não praticar exercício físico, calçado inadequado), **ambiental** (desenhos arquitetónicos inadequados, escadas e pisos escorregadios, tapetes soltos, iluminação insuficiente, piso irregular ou em mau estado) e **socioeconómica** (baixo rendimento e baixos níveis de educação, residência inadequada, escassas interações sociais, acesso limitado ou reduzido

aos serviços de saúde e sociais, escassos recursos na comunidade), refletindo estas quatro dimensões, a diversidade dos determinantes de saúde que, de uma forma direta ou indireta, influenciam ou interferem com o bem-estar da PI.

Dentro dos fatores de risco referidos no modelo da WHO (2007), salientam-se a idade avançada, nomeadamente a partir dos 80 anos (Ambrose, Paul & Hausdorff, 2013), o género feminino (Jones & Whitaker, 2011; Moniz-Pereira *et al*, 2013), história de quedas, alterações na marcha, uso de auxiliares de marcha, défice de equilíbrio, problemas de visão, hipotensão ortostática, polimedicação, com especial atenção, os medicamentos como benzodiazepinas, antidepressivos e anti convulsivantes (Martin, 2011), diagnóstico secundário, alterações nos pés e utilização de calçado inadequado, incontinência, medo de cair e obstáculos ambientais (Pynoos, Steinman & Nguyen, 2010; Ungar *et al*, 2013) e ainda a viuvez e redução da rede social como fatores incluídos no modelo anteriormente exposto, sendo contributos para expor a PI à probabilidade de cair na comunidade, salientando-se que quanto maior o número de fatores presentes, maior o risco de queda e consequente lesão (Gangavati *et al*, 2011; Martin, 2011; DGS, 2012; Gale, Cooper & Sayer, 2016).

Encontram-se nas revisões sistemáticas de literatura de Kwan e Straus (2014) e Sousa *et al* (2016) como fatores de risco para a ocorrência de queda nos idosos, na comunidade, os seguintes fatores: idade avançada, nomeadamente a superior a 80 anos; género feminino; história de queda anterior; comprometimento cognitivo; polimedicação; presença de medicação sedativa, hipnótica, neurolépticos, antipsicóticos, antidepressivos, benzodiazepinas, anti-inflamatórios não esteroides, anti-hipertensivos; arritmia, tontura e palpitações; défice visual; doença de Parkinson e artrite dos joelhos; comprometimento sensorial e comorbilidades que interfiram com a marcha e/ou o equilíbrio; dificuldades na realização de atividades de vida diária (AVD) e nas atividades instrumentais de vida diária; utilização de auxiliares de marcha; alterações da marcha ou equilíbrio; fatores ambientais intra e extradomicílio; presença de sintomas depressivos/depressão e condições socioeconómicas comprometidas.

As quedas nos idosos têm consequências que ultrapassam a lesão física, sendo referido por vários autores que após uma queda, o idoso desenvolve sentimentos de preocupação, receio de não conseguir retomar as suas atividades do

quotidiano, falta de confiança, e, predominantemente, medo de voltar a cair (ptofobia), as quais são preocupações psicológicas com elevada prevalência nesta população e contribuem para o idoso reduzir a sua atividade diária, diminuir a massa muscular e indiretamente propor-se a nova queda por aumento da fragilidade, a qual pode ser de uma forma subjacente o primeiro sinal de fragilidade na PI (Chang, Chen & Chou, 2016; Payette, Bélanger, Léveillé & Grenier, 2016).

Gillespie *et al* (2012) reforçam este problema ao afirmar que o medo de cair altera a dinâmica familiar contribuindo por vezes para a institucionalização do idoso. Pelo supracitado, a queda é uma síndrome geriátrica com consequências negativas na funcionalidade e na possibilidade de um envelhecimento saudável e é, um foco para a prática clínica dos enfermeiros (NICE, 2013).

1.2. A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, vertente pessoa idosa, na prevenção de queda no domicílio da pessoa idosa – A promoção do Autocuidado

De acordo com a OE, o Enfermeiro Especialista é o “enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem” (OE, 2010, p. 2) neste sentido, a OE apresenta no Regulamento de Individualização das Especialidades Clínicas de Enfermagem as dez áreas de especialização em Enfermagem, nomeadamente a Saúde do Idoso, que assoma no Eixo Estruturante com o Alvo de Intervenção “A pessoa numa etapa do ciclo de vida” e no Eixo Organizador com o Processo saúde/doença/ambiente onde nos diz que, deve ser “dirigida aos projetos de saúde do idoso a vivenciar processos de saúde/doença com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida” (OE, 2010, p.5).

Os processos de saúde /doença são processos dinâmicos e contínuos ao longo dos quais, cada pessoa vivencia o seu projeto de saúde na procura de um estado de equilíbrio (OE, 2010), podendo encarar-se estes como uma transição, o que vai ao encontro de Meleis (2010, p. 66) quando afirma que a transição é um “conceito central para a Enfermagem”, no qual o cuidado do ser humano em toda a sua complexidade, é o grande foco da arte de enfermagem.

Watson (2002) considera que o cuidar requer conhecimento e compreensão das necessidades individuais e conhecimento do comportamento humano, assim

como das respostas humanas a potenciais ou atuais problemas de saúde reforçando esta autora, que o mesmo “envolve valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, ações carinhosas e as suas competências” (Watson, 2002, p.55).

Neste sentido, os enfermeiros, em contexto comunitário, são privilegiados pela proximidade que têm com o idoso, devendo assumir e complementar as necessidades da PI através de um conjunto de cuidados, sobre os quais têm conhecimentos e competências, tendo a oportunidade de identificar precocemente sinais de alerta, sendo os profissionais de saúde que estão mais próximos dos cidadãos, são muitas vezes os primeiros a detetar e determinar mudanças no seu estado (Benner, 2005).

O enfermeiro é o profissional de proximidade que melhor conhece e que, em melhor posição está para avaliar o ambiente onde o idoso vive, podendo entender-se este, como o local no qual as pessoas vivem e se desenvolvem e é “constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde” (OE, 2001, p.9).

Assim, como pode o enfermeiro desenvolver estratégias na prevenção de queda no domicílio visando como foco de atuação a PI? O conhecimento das pessoas a quem os cuidados se destinam é fundamental, considerando-se que o cliente de enfermagem é o ser humano com necessidades, que se encontra em constante interação com o ambiente e que tem a capacidade de se adaptar a esse mesmo ambiente mas que, devido a doença, situações de risco ou vulnerabilidade a potenciais doenças, experiencia ou está em risco de experienciar desequilíbrio, manifestando-se esta situação por necessidades não satisfeitas ou mostrando incapacidade para cuidar de si mesmo (Meleis, 2012).

Quando focamos a nossa atenção no cuidado à PI, há que ter em conta os fatores estruturais e, simultaneamente, considerar os elementos subjetivos do próprio envelhecimento que podem condicionar o bem-estar, a satisfação com a saúde e a qualidade de vida da pessoa o que vai de encontro ao Código Deontológico da OE (2015b) onde é expresso que, o enfermeiro é responsável para com a comunidade na promoção da saúde e, na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem, acrescentando ainda que o enfermeiro

conhece as necessidades, participa na busca de soluções para os problemas de saúde detetados e colabora com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade (Artigo 101º, alíneas a, b e c) e ainda, na procura da excelência, analisa regularmente o trabalho efetuado e reconhece eventuais falhas que mereçam mudança de atitude (Artigo 88º, alínea a).

Na sua atuação o enfermeiro deve promover o Autocuidado. Orem (1993, 2001) define o Autocuidado como sendo a capacidade que o indivíduo tem para cuidar de si mesmo acrescentando ainda, que o desenvolvimento e a operabilidade das capacidades de Autocuidado podem ser afetados, entre outros fatores, pela cultura, experiência de vida, estado de saúde, padrões de vida, doenças, sistema familiar, idade, sexo e escolaridade.

Uma pessoa com o potencial de satisfazer as necessidades de saúde é conhecida como “*self-care-agency*”, a qual tem capacidade para satisfazer as necessidades de saúde de natureza universal, etapa de desenvolvimento e de desvio de saúde, e tem o poder de tornar-se agente do seu Autocuidado e desenvolver-se no processo de viver o dia-a-dia, por meio de um processo espontâneo de aprendizagem (Orem, 1993, 2001; Petronilho, 2013).

O enfermeiro na comunidade deve promover o Autocuidado, o qual é entendido por Petronilho (2012, p.92) como a “perceção, a capacidade e os comportamentos dos indivíduos em realizarem atividades e práticas destinadas a promover e manter a saúde, a prevenir e gerir as doenças” compreendendo a sua execução, a participação ativa do cliente na manutenção das condições internas e externas para a realização destas atividades, bem como, o empoderamento dos clientes para a promoção da saúde e do bem-estar assim como “um resultado sensível aos cuidados de enfermagem” (Petronilho, 2012, p.92).

Promover a independência no Autocuidado favorece a funcionalidade do idoso, diminui a dependência, contribui para um envelhecimento ativo e para a prevenção da queda.

1.2.1. A prevenção da queda no domicílio da pessoa idosa – Intervenções de Enfermagem

A promoção da independência no Autocuidado da PI deve potenciar as capacidades através de apoio psicoeducativo e instrumental, instrução e treino de habilidades, fomentando a confiança na realização das atividades de Autocuidado. O enfermeiro, enquanto educador para a saúde, deve ter em conta princípios que orientem a eficácia das suas exposições, nomeadamente, a clareza e objetividade da mensagem que pretende transmitir, a criação de um ambiente promotor de aprendizagens, o recurso a experiências práticas, o estímulo à participação e por fim, a avaliação do processo, aspeto este reforçado por Stanhope e Lancaster (2011), quando acrescentam que durante o processo educativo, o enfermeiro deve atender a questões como as particularidades da população alvo, bem como as possíveis barreiras à aprendizagem (Holguín, Gázquez & Urrego 2012).

As revisões sistemáticas da literatura concluem que, as intervenções que previnem a queda no idoso na comunidade são: os programas de exercício de força e equilíbrio em grupo ou individual no domicílio, os quais devem ser criteriosos e com prescrição porque podem conduzir a episódios cardiovasculares e lesões músculo-esqueléticas; avaliação visual com intervenção precoce quando presente catarata ou outro; reconciliação terapêutica com redução gradual de psicotrópicos; colocação de *pace-maker* em pessoas com hipersensibilidade do seio carotídeo; suplementação de vitamina D nas pessoas com défice desta; intervenção de segurança no domicílio e ainda correção do tipo de calçado, nomeadamente o recurso a palmilhas personalizadas e uso de calçado antiderrapante (Gillespie *et al*, 2012; Kim *et al*, 2015; Sherrington *et al*, 2016; Sousa *et al*, 2016).

Os programas de intervenção educacional, em simbiose com os de exercício de força e equilíbrio foram os que obtiveram taxas mais elevadas de sucesso na prevenção de queda, no entanto, não têm ainda resultados sobre o tipo de exercício mais eficaz em relação a outro ou sobre programas de modificação ambiental. Contudo, todos desempenham um papel como parte integrante de uma estratégia multifatorial (Kim *et al*, 2015).

A prevenção de quedas no domicílio na PI, deve ser entendida como um trabalho partilhado entre as partes interessadas, assente na confiança, em que estas

assumem responsabilidade, privilégios e partilha de poderes de forma equilibrada (Laybourne, Martin, Whiting & Lowton, 2011; Gillespie *et al*, 2012).

Neste sentido, o papel do enfermeiro na prevenção de queda da PI deve partir de intervenções que proporcionem o Autocuidado, nomeadamente na identificação de risco de queda, o encaminhamento para recursos do sistema de saúde e a intervenção precoce de forma a potenciar a reabilitação e a reduzir substancialmente o impacto da queda na funcionalidade desta, assumindo-se como promotor do aumento de poder e controlo sobre a saúde da PI, ajudando-a a tomar parte da decisão dum plano de cuidados individualizado (Dias *et al*, 2011; Cabrita & José, 2013).

2. EXPERIÊNCIAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS NOS ENSINOS CLÍNICOS

A elaboração de um projeto de intervenção deve assentar num modelo de educação para a saúde (EpS) e, no presente, assume-se o Planeamento em Saúde, o qual ancora-se em diagnósticos de enfermagem previamente construídos, analisados e conduzem à priorização da intervenção (Stanhope & Lancaster, 2011).

O recurso a esta metodologia permite priorizar o desenvolvimento de um projeto de intervenção, que visa a aplicação e desenvolvimento de estratégias focadas na prevenção de quedas no domicílio da PI e também, em consequência da aplicação dessas estratégias, um aumento de ganhos em saúde, o que vai de encontro a Imperatori e Giraldes (1993, p.129), quando afirmam que um projeto “é uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que pretende obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa”.

Segundo Imperatori e Giraldes (1993) deve conter três fases importantes: a **elaboração do plano** (que é composta pelo diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos e preparação para a execução), a **execução** e a **avaliação**, compreendendo que este é um processo cíclico, no qual é importante ponderar que cada etapa do processo poderá nunca estar completamente concluída, podendo existir necessidade de retomar a etapa anterior e acrescentar novos dados que poderão levar a refazer a fase anterior e consequentemente a fase seguinte (Imperatori & Giraldes, 1993).

O EC no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica vertente Pessoa Idosa, decorreu em dois contextos, o primeiro no Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, EPE (HFF, EPE), no serviço de Ortopedia de 03 de outubro a 28 de outubro de 2016 (4 semanas) e o segundo no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Sintra na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Cacém Care e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) Olival, de 31 de outubro de 2016 a 10 de fevereiro de 2017 (16 semanas) tendo sido este o contexto onde foi desenvolvido o projeto.

A decisão de iniciar o EC em contexto hospitalar prendeu-se com motivos de carácter prático e pessoal, nomeadamente a necessidade de dispor de férias no contexto laboral para realizar o mesmo. A decisão de intervir nos utentes inscritos na

UCSP Olival integrados na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) Cacém, por sua vez integrada na UCC Cacém Care, deveu-se à possibilidade de efetuar visitas domiciliárias (VD) para poder avaliar o risco de queda e identificar os fatores de risco de acordo com o modelo da WHO (2007), para depois com a equipa, consolidar estratégias de atuação, com o objetivo de eliminar ou minorizar os fatores de risco no domicílio dos idosos e suas famílias. A planificação das atividades realizadas encontra-se em cronograma (APÊNDICE I).

Para uma melhor contextualização dos momentos de EC serão identificados em cada contexto os objetivos específicos e as respetivas atividades desenvolvidas assim como, a reflexão sobre as competências adquiridas (APÊNDICE II).

2.1. Serviço de Ortopedia do Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, EPE

O HFF, EPE está integrado na rede do Serviço Nacional de Saúde e tem a sua área de influência nos concelhos de Amadora e Sintra, servindo uma população que ronda os 600 mil habitantes.

O EC no serviço de Ortopedia permitiu desenvolver algumas competências necessárias ao meu desempenho e percurso enquanto estudante da especialidade, mostrando ser um momento profícuo em oportunidades de desenvolvimento do conhecimento, da prática e da reflexão em Enfermagem, nomeadamente por ser um serviço que tem clientes com uma média de idades superior a 65 anos e com o diagnóstico de fratura da extremidade superior do fémur por queda no domicílio.

Com o objetivo de **ampliar conhecimentos sobre a pessoa idosa/família, suas necessidades e especificidades de cuidados** desenvolvi, como **atividades**, a pesquisa bibliográfica com recurso a base de dados e a biblioteca física, para analisar e aprofundar o conhecimento e definir a problemática em estudo.

A elaboração de um estudo de caso no contexto hospitalar permitiu integrar novos conteúdos sobre esta temática, nomeadamente, a perceção da consequência *major* da queda do idoso e o impacto desta na evolução da funcionalidade pós-alta, porque provoca alterações na mobilidade, incapacidade funcional e aumento da dependência na realização das AVD (APÊNDICE III).

Penso ter alcançado este objetivo, porque o contributo do EC hospitalar, pelas experiências que proporcionou, permitiu uma crítica reflexiva, o que se revelou

importante para o EC seguinte. A equipa ficou sensível para a importância da utilização de Instrumentos de Avaliação da PI, assim como, incorporar os resultados desta avaliação na carta de alta para dar continuidade aos cuidados.

Com o objetivo de **identificar os fatores de risco de queda na pessoa idosa e intervenções preventivas da queda** contribuíram como **atividades**, a revisão narrativa feita anteriormente assim como a elaboração da *Scoping Review*, segundo protocolo, procurando responder à questão de investigação: **Quais as intervenções de enfermagem que previnem a queda (C) no domicílio (Co) da Pessoa Idosa (P)?** (*Joanna Briggs Institute*, 2015) (APÊNDICE IV).

A elaboração da *Scoping Review* e do Estudo de Caso contribuíram para a partilha de saberes com o Senhor (Sr.) Enfermeiro (Enfº) orientador, de forma a sensibilizar a equipa para a importância da realização de uma avaliação do estado funcional da PI, a fim de identificar quais as limitações e/ou dificuldades desta para o Autocuidado visando o planeamento das intervenções e contribuir para a promoção do regresso a casa desde o primeiro dia de internamento (Baixinho, 2011). Salienta-se ainda o desenvolvimento de competências clínicas e de translação do conhecimento na prestação de cuidados de enfermagem à PI com risco de queda.

Ainda nesta sequência, para compreender melhor o sentimento/perceção dos enfermeiros acerca da informação fornecida ao cliente no momento da alta e qual a melhor forma de potenciar a articulação entre o Hospital e a Comunidade, perguntei aos enfermeiros da prática se consideravam que a Carta de Alta- Enfermagem, apresentava/traduzia toda a informação sobre o cliente idoso no momento da alta para o enfermeiro da Comunidade. Das entrevistas realizadas aos enfermeiros do serviço concluiu-se que a equipa considera que a Carta de Alta não permite uma boa continuidade de cuidados, para garantir a segurança do cliente na transição do hospital para casa prevenindo a queda ou a sua recorrência. Os colegas sugeriram que o sistema informático deveria permitir a transferência da informação das escalas de *Morse*, *Barthel* e *Braden* para a carta de alta. Os resultados foram apresentados à Srª Enfª Chefe que considerou a possibilidade de incluir esta proposta no plano de atividades do serviço para o próximo ano.

Com o objetivo de conhecer **a dinâmica organo-funcional do HFF, EPE-serviço de Ortopedia**, desenvolvi as seguintes **atividades**: divulgação do projeto quer de forma informal aos elementos da equipa, assim como, à Srª Enfª Chefe e de

forma formal, através de um e-mail para o correio eletrónico do serviço a divulgar o mesmo (APÊNDICE V), visitas ao serviço de Consultas Externas e serviço de Medicina Física e de Reabilitação, para compreender como é realizado o acompanhamento do cliente idoso após a alta.

Para operacionalizar o objetivo **intervir com a pessoa idosa por queda no domicílio promovendo o Autocuidado** desenvolvi um conjunto de **atividades** que incluíram: a admissão do cliente e o planeamento de alta, passando pela consulta do registo clínico dos clientes com fratura da extremidade superior do fémur e intervirm próximo do cliente e seus familiares.

Na prestação de cuidados de Enfermagem Avançada à PI internada por queda no domicílio, estabeleci uma relação de ajuda com o cliente e família, por considerar que a comunicação no seu todo é, um forte contributo na prática dos cuidados e fulcral no atendimento do cliente/família, a qual permite obter um melhor cuidado (Butts & Rich, 2011). Aqui, manifestei o meu interesse, ouvi a pessoa, as suas preocupações e procurei transmitir segurança e confiança, porque o cuidar do enfermeiro não se esgota em competências técnico-científicas.

A relação de ajuda enquanto intervenção autónoma de enfermagem, pressupõe o desenvolvimento de competências comunicacionais, que são um pilar no desenvolvimento de aptidões como enfermeiro especialista, onde a prática reflexiva e a participação crítica são fatores essenciais para o desenvolvimento destas competências profissionais (Heesben, 2006).

A disponibilidade para ouvir os receios da família, nomeadamente do cuidador, foi uma prática presente, uma vez que os familiares do cliente idoso devem ser vistos como parte integrante da equipa. O facto de um dos membros da família se encontrar hospitalizado funciona como fonte de *stress* e provoca muitas vezes uma situação de crise (Plank, Mazzoni & Cavada, 2012). Os familiares necessitam de suporte emocional e respeito, bem como de se sentirem envolvidos nos cuidados e tomada de decisões, porque compreender a experiência do cuidado familiar é mergulhar num universo complexo e ao mesmo tempo singular (Oliveira, Garanhaní & Garanhaní, 2011; Melo, Rua & Santos, 2014).

Petronilho (2013, p.65) quando cita Yu *et al* (2010) refere que “a dependência no Autocuidado deve ser identificada como um fator que pode ser modificável, por via do potencial de aprendizagem do indivíduo e/ou da mestria do familiar cuidador”,

identificando-se a intervenção neste domínio e a sua melhoria, como uma estratégia bem-sucedida, numa perspetiva de qualidade dos cuidados de enfermagem, o que nos diz que uma família informada sente-se segura (Tsai, Yip, Tai & Lou, 2015).

O conhecimento da especificidade da PI facilitou a compreensão do fenómeno “queda” o que contribuiu para explorar o “medo de cair” com a PI internada e seus familiares. A ponte que se estabeleceu foi importante porque nos dias seguintes senti que a família tomava a iniciativa de aproximação para esclarecer dúvidas, salientando-se o desenvolvimento de competências comunicacionais na intervenção com os familiares (Benner, 2005).

Após orientação tutorial na segunda semana, foi-me lançado o desafio para participar no I Congresso Internacional Gestão da Transição Segura a 9, 10 e 11 de novembro de 2016, com o objetivo de desenvolver competências na divulgação de projetos e comunicação científica.

As competências comunicacionais são suscetíveis de serem adquiridas e potenciadas, através da aprendizagem, da formação, da prática e treino, e o seu desenvolvimento concorre para superar ou minimizar muitas das barreiras à comunicação, assim como o desenvolvimento de competências no domínio das aprendizagens profissionais, nomeadamente potenciar o autoconhecimento, assim como desenvolver capacidade de atuação sob pressão (Melo, 2005) (APÊNDICE VI) (ANEXO I).

Neste EC tive a possibilidade de desenvolver competências de apreciação ao aplicar as escalas de *Morse* (Costa-Dias, Ferreira & Oliveira, 2014), a *Falls Efficacy Scale* (FES) (Melo, 2011), o Teste *Timed Up and Go Test* (TUGT) (Branco, 2013), a escala de *Barthel* (Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007) assim como o *Mini-Mental State Examination* (MMSE) (Guerreiro *et al*, 1994; Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins, 2009), reconhecendo que a avaliação multidimensional do idoso é claramente um forte contributo para a melhoria da condição geral deste, na prevenção de recaídas e de complicações, como também, na diminuição do tempo de tratamento (Graf, Zekry, Giannelli, Michel & Chavalley 2011; Lihavainen *et al*, 2012; Barkhausen, Junius-Walker, Hummers-Pradier, Mueller & Theile, 2015).

Os cuidados de enfermagem avançada à PI, neste contexto, contribuíram para a formulação de diagnósticos e tomada de decisão nomeadamente na autonomia e qualidade de vida, promovendo o Autocuidado como papel

determinante no planeamento de cuidados de enfermagem especializados à PI e sua família e/ou cuidador. Reconhece-se no cuidador informal um parceiro de cuidados, mas também com um papel primordial na continuação da reabilitação da pessoa doente sendo o enfermeiro um dos principais promotores de desenvolvimento de competências no cuidar deste novo ator de cuidados (Salin, Kaunonen & Astedt – Kurki, 2013).

Este desafio permitiu constatar que a hospitalização no idoso é um evento crítico no processo de transição saúde-doença. A fratura da extremidade superior do fémur gera medo de voltar a cair, agrava a dependência no Autocuidado e afeta negativamente a autoperceção de qualidade de vida. O elevado risco de queda que têm no momento da alta clínica e o facto de já terem sofrido uma queda, é um forte preditor de nova queda na comunidade, num período de 6 a 12 meses. Como tal, é primordial que se desenvolvam ações que garantam a continuidade de cuidados, adotando estratégias que permitam a reincidência, nomeadamente, a avaliação e monitorização do risco da sua ocorrência (Branco, Felicíssimo & Monteiro, 2009; Baixinho, 2011; Moniz-Pereira *et al*, 2013; DGS, 2015).

Como enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Pessoa Idosa, uma das competências é a de liderança, partilha de saberes e envolvimento da equipa. Neste sentido, o percurso até aqui alcançado permitiu compreender a importância da transição de um contexto clínico para outro, surgindo como uma janela de oportunidade para os enfermeiros, nomeadamente do contexto comunitário, fazendo todo o sentido para o contexto clínico seguinte (ANEXO II).

2.2. Unidade de Cuidados na Comunidade Cacém Care e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Olival

A UCC Cacém Care e a UCSP Olival pertencem ao ACES de Sintra que integra, na sua área geográfica de influência o concelho de Sintra, no distrito de Lisboa, englobando um total de 351.213 utentes inscritos, dos quais 88.129 sem médico de família, 263.084 com médico de família e 1.033 sem médico de família por opção, distribuídos por 31 unidades funcionais com autonomia gestonária, constituídas por equipas multiprofissionais que desenvolvem atividades aos

diferentes níveis de prevenção, baseadas em compromissos assistenciais contratualizados e dirigidas ao indivíduo/família, grupos/comunidade e população em geral, numa perspetiva de funcionamento interno e externo em rede. Deste total de inscritos no ACES Sintra, 61.289 utentes têm 65 anos ou mais, segundo dados do Boletim Estatístico de 2016 da Administração Regional de Saúde Lisboa Vale do Tejo (ARSLVT).

A **UCC Cacém Care** é parte integrante do ACES Sintra e é constituída por uma equipa multidisciplinar (Enfermeiros, Técnica Superior de Serviço Social, Psicóloga, Fisioterapeuta, Higienista Oral e Administrativo). Abrange 79.805 cidadãos residentes, definitiva ou temporariamente na área de intervenção geodemográfica – Cacém.

A **UCSP Olival** abrange os utentes da União de freguesias do Cacém e São Marcos, é constituída por Médicos, Enfermeiros e Administrativos e tem 16.031 utentes inscritos dos quais 2.144 têm 65 anos ou mais.

A equipa de enfermagem é responsável por todos os cuidados a prestar aos idosos e enquadrado nas várias valências de atuação das duas equipas, ambas consideraram pertinente a atuação ao nível da prevenção de quedas neste grupo etário, não só identificando o risco de queda, como também intervindo nos determinantes de proteção e de risco, indo ao encontro dos objetivos da Unidade, os quais, pretendem melhorar a qualidade de vida dos idosos, de forma a assegurar a manutenção da sua dignidade e autonomia e promover um envelhecimento ativo com a adoção de estilos de vida saudáveis.

2.2.1. Elaboração do plano

Em virtude de ter constatado que não existe uma avaliação sistemática da avaliação do risco de queda na população, assim como o seu registo, considerou-se pertinente fazer o levantamento dos fatores de risco de queda na população idosa da UCSP Olival. Na impossibilidade de fazer uma avaliação a toda a população, que de acordo com Fortin (2009, p. 133) é “uma coleção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios” e considerando que a amostra deve ser representativa e conter as características da população alvo (Fortin, 2009), pelo pouco tempo de estágio e outros constrangimentos, optou-se por uma amostra de conveniência, constituída por 31

idosos que respeitavam os seguintes critérios de inclusão: idade ≥ 65 anos inscritos na ECCI Cacém; sem declínio cognitivo, permitirem a presença do investigador no seu domicílio, aceitarem participar de forma livre e esclarecida e assinarem o consentimento informado, livre e esclarecido para participar em projeto de estágio.

O acesso aos participantes foi realizado em duas fases: 1) consulta aos processos individuais e entrevista às colegas dos Cuidados Continuados (CC); 2) VD (que implicou a adequação dos recursos disponíveis: carro e disponibilidade da colega dos CC).

Respeitando o modelo de fatores de risco da WHO (2007) que determina uma avaliação multidimensional da pessoa e a relação complexa entre todas as dimensões, foi organizado um caderno com sete instrumentos, dois dos quais, com o objetivo de caracterizar a amostra e cinco escalas para avaliar multidimensionalmente a PI com o objetivo de colher dados sobre esta e permitir fazer um diagnóstico adequado, os quais contêm os seguintes elementos (ANEXO III):

Descrição sociodemográfica (idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão, agregado familiar, motivo da visita ao domicílio; história de quedas – episódios de quedas no último ano, n.º de episódios, causas da queda, consequências, sintomatologia associada; listagem das patologias associadas segundo ICD – 10 (WHO, 2016); lista da medicação atual de acordo com a *Anatomical therapeutic chemical CODE* e a recomendada pelo INFARMED (2005) (Akyol, 2007; AGS/BGS, 2010).

Avaliação da habitação: consideraram-se as seguintes dimensões – iluminação, tapetes e outros adereços que dificultem a marcha, presença de corrimões e barras de apoio (WHO, 2007). Na impossibilidade de aceder a outros instrumentos, foi utilizada um registo de observação de segurança do ambiente físico e barreiras arquitetónicas no domicílio adaptado de literatura (Akyol, 2007).

Mini-Mental Statement Examination (MMSE): Trata-se de um instrumento que pretende identificar défice cognitivo, avaliando as funções cognitivas globalmente e relacionando o seu resultado com a literacia da pessoa avaliada (Guerreiro *et al*, 1994; Morgado *et al*, 2009).

Escala modificada de Barthel: Este índice avalia o nível de dependência nas AVD (Araújo *et al*, 2007).

Falls Efficacy Scale (FES): Este instrumento avalia o medo de cair na realização de dez AVD (Melo, 2011).

Teste Get Up and Go (TUGT): Este teste tem por objetivo avaliar a mobilidade da pessoa e está dependente do estado motor e cognitivo de quem o realiza. As pessoas que realizam o TUGT 12,6 segundos (ponto de corte - 12,6 segundos) devem ser consideradas com alto risco de queda (AGS, BGS & *American Academy of Orthopaedic Surgeons* (AAOS), 2001).

Escala de avaliação das práticas e comportamentos do idoso na prevenção de queda: Este instrumento avalia as práticas e comportamentos dos idosos para prevenir as quedas em duas grandes áreas: comunicação e segurança (Baixinho & Dixe, 2016).

A colheita de dados realizou-se no domicílio da PI, durante uma entrevista face a face, tendo sido colhidos por observação direta da habitação ou por entrevista aos idosos e/ou seus familiares. Os participantes do estudo foram previamente informados sobre a metodologia utilizada, os objetivos e finalidade do mesmo, tendo-lhes sido garantido o anonimato e o compromisso de respeitar o que estava previamente acordado, tendo sido a duração média de cada avaliação de 90 minutos (APÊNDICE VII).

Ao longo das entrevistas os idosos referiram outros elementos que ficaram registados no diário de bordo, pela sua pertinência para os objetivos do estudo.

Na realização de um estudo de investigação há que ter em consideração os aspetos de ordem ética, uma vez que em ética é “primordial tomar em conta a responsabilidade do investigador a respeito da proteção dos direitos da pessoa” (Fortin, 2009, p.180), o que levou a estabelecer limites de forma a manter o respeito pelos participantes, a sua individualidade e dignidade humana, tendo sido considerados os cinco princípios aplicáveis aos seres humanos e que foram determinados pelos códigos de ética: o direito à autodeterminação; o direito à intimidade; o direito ao anonimato e à confidencialidade; o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e o direito a um tratamento justo e equitativo (Fortin, 2009).

Nesta sequência, o estatuto da OE (2005) no artigo 76.º, no ponto 1 alíneas a), b) e c), clarifica que o enfermeiro deve exercer a profissão com os conhecimentos adequados (científicos e técnicos), respeitando a vida e a dignidade humana, bem

como a legislação em vigor a as diretrizes internacionais que estejam em vigor no seu país.

De modo a garantir o cumprimento destes deveres e de acordo com as exigências de um trabalho de investigação, foi solicitado à Direção Executiva do ACES Sintra e à Comissão de Ética para a Saúde (CES) da ARSLVT autorização e concessão de parecer favorável para a realização do mesmo (APÊNDICE VIII).

2.2.1.1. Tratamento e discussão de dados

O tratamento estatístico dos dados foram realizados com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences* versão 23.0, tendo-se recorrido a técnicas de estatística descritiva, uma vez que possibilita destacar um conjunto de dados de uma amostra facilitando a sua compreensão (Fortin, Côte & Fillion, 2009).

Os resultados apresentados são um contributo para definir o diagnóstico de situação, identificar problemas, priorizá-los e definir o plano de intervenção, enquadrado no contexto académico possível. A análise dos resultados foi feita à luz da literatura apresentada anteriormente, assim como de outros contributos encontrados na evidência sobre o tema em questão.

Tabela 1 – Caraterização da amostra quanto ao sexo e grupo etário. Lisboa; 2017.

Sexo	Grupo etário (anos)	M		F		Total	
		n	%	n	%	n	%
	[65 - 74[	3	9,7	7	22,6	10	32,3
	[75 - 84[	5	16,1	5	16,1	10	32,3
	≥ 85	5	16,1	6	19,4	11	35,4
	Total	13	41,9	18	58,1	31	100,0

O número de idosos do sexo feminino é mais representativo neste estudo, 58,1%, estando este resultado de acordo com os dados encontrados no INE (FFMS, 2016), e a maior expressividade prende-se com o grupo etário com 85 e mais anos, um mínimo de 67 anos e um máximo de 94 anos, sendo a média de idades 80,0 e a mediana 83,0.

Relativamente ao estado civil e com quem vivem, conforme se pode ver na tabela 2, na página seguinte, 64,5% são casados e 58,1 % vivem unicamente com o cônjuge, o que pode contribuir para o problema do isolamento e da solidão, fatores que contribuem para a vulnerabilidade deste grupo. Estes aspetos são importantes

na medida em que “a ausência ou distância física dos filhos e netos, agravam o sentimento de isolamento por parte do idoso” (Guerra, Pinto, Martins, Almeida & Gonçalves, 2010, p. 443), conforme se confirmou na voz de alguns idosos quando afirmaram:” Nós vamos cuidando um do outro, mas às vezes quem precisa somos nós próprios” (Sujeito (S) 1); “Os filhos vêm quando podem, trabalham e vão telefonando, mas sabe como é, se um de nós não puder é complicado” (S2).

Tabela 2 – Caraterização da amostra quanto ao estado civil, agregado familiar e grau de escolaridade. Lisboa; 2017.

Estado Civil	n	%
Casado	20	64,5
Solteiro	0	0,0
Viúvo	9	29,0
União de facto	2	6,5
Agregado familiar	n	%
Cônjuge	18	58,1
Sozinho	3	9,7
Família alargada	10	32,3
Escolaridade	n	%
Analfabeto	2	6,4
1º ciclo	29	93,6
Total	31	100

Ainda na tabela 2 verificou-se que a amostra é pouco escolarizada, apresentando 93,6% a frequência do 1º ciclo, o que vai ao encontro do Relatório sobre Literacia em Saúde e publicado pela Fundação Calouste Gulbenkian (FCG) em 2015, onde se constata que 62% da população é pouco escolarizada, facto que contribui para índices mais baixos de literacia em saúde, conforme conclusão publicada neste relatório (FCG, 2015).

Tabela 3 – Caraterização da amostra quanto ao motivo dos cuidados no domicílio. Lisboa; 2017.

Motivo	n	%
Ferida	12	38,7
Cuidados de reabilitação	3	9,7
Outros	16	51,6
Total	31	100

O envelhecimento contribui para o aparecimento de comorbilidades verificando-se na tabela 3 que, 51,6% dos idosos recebem cuidados no domicílio por razões inerentes ao próprio envelhecimento, vulnerabilidade associada a patologia

neoplásica, diabetes e respiratória. Os cuidados no domicílio por presença de ferida representam 38,7% o que é um valor expressivo.

Estes fatores são um forte contributo para que ocorra queda, tendo-se verificado que 64,5% da amostra sofreu queda nos últimos doze e três meses, sendo o grupo etário [75-84] o mais representado em 40,0%, dos quais, 70,0% são mulheres e nos últimos três meses, 70,0% caiu mais do que uma vez.

Dos que sofreram queda, 60,0% caíram no domicílio, tendo a mesma percentagem recebido intervenção médica dos quais, 9,3% ficou internado com lesão grave, necessitando de intervenção cirúrgica. A necessidade de intervenção domiciliária por si só, indica a presença de grande vulnerabilidade, uma vez que têm dificuldade em deslocar-se ao Centro de Saúde, associado ao facto de já terem sofrido queda no último ano e ter caído mais do que uma vez é, um indicador da importância de intervir a nível da identificação dos fatores de risco que são preveníveis ou reversíveis (Morse, 2009).

Tabela 4 – Distribuição dos sujeitos que sofreram queda quanto aos fatores de risco de queda. Lisboa; 2017.

Fatores de risco isolados	n	%
Ambientais	8	40
Comportamentais	12	60
Biológicos	15	75
Socioeconómicos	2	10
Fatores de risco associados	n	%
Ambientais e comportamentais	2	10,0
Ambientais e Biológicos	3	15,0
Comportamentais e Socioeconómicos	1	5,0
Comportamentais e Biológicos	5	25,0
Ambientais, Comportamentais e Biológicos	3	15,0

Quanto aos fatores de risco de queda, pode-se observar na tabela 4, que os fatores biológicos (idade, género, doença crónica e declínio das capacidades físicas) isoladamente, representam 75% e quando associados aos fatores comportamentais (polimedicação, inatividade física e calçado inadequado), representam 25,0% das causas de queda. Os fatores ambientais (tapetes soltos, iluminação insuficiente, piso escorregadio e escadas) estão presentes em 40,0% da causa de queda.

Os valores anteriormente expostos refletem que esta amostra demonstrou ter um conjunto de determinantes que interferem no bem-estar da PI e consequentemente contribuem para o evento queda (WHO, 2007; Martin, 2011).

A avaliação do grau de dependência permitiu constatar na tabela 5, na página seguinte, que 3,3% dos idosos são totalmente independentes, 96,7% são dependentes de qualquer tipo de ajuda para a satisfação das suas AVD, dos quais 41,9% apresentam dependência leve, 41,9% moderada e 12,9% apresentam dependência severa.

Tabela 5 – Caracterização da amostra em relação ao grau de dependência. Lisboa; 2017.

Grau de dependência	n	%
Dependência total (≤ 25)	0	0,0
Dependência severa (50 a 26)	4	12,9
Dependência moderada (75 a 5)	13	41,9
Dependência leve (99 a 76)	13	41,9
Totalmente independente (100)	1	3,3
Total	31	100,0

A dificuldade do idoso na realização individual das AVD compromete a independência deste, reduz a sua qualidade de vida e aumenta o risco de dependência, assim como um contributo para que ocorra queda (Bloch *et al*, 2010; Kwan & Straus, 2014).

Tabela 6 – Distribuição da amostra de acordo com as patologias associadas. Lisboa; 2017.

Patologia associada	n	%
Cardiovascular	7	22,6
Metabólicas	1	3,2
Osteoarticular	1	3,2
Cardiovascular e Metabólica	5	16,1
Cardiovascular e Osteoarticular	9	29,1
Cardiovascular, Metabólicas e Osteoarticular	5	16,1
Outras	3	9,7
Total	31	100,0

A análise da tabela 6 permitiu concluir que a patologia com maior representatividade é a do foro Cardiovascular com 22,6%, e tem expressividade quando associada a patologia Osteoarticular representando 29,1%. As comorbilidades são uma realidade nesta amostra, onde a maioria apresenta um diagnóstico secundário, o que é confirmado pelo estudo de Ruberu e Fitzgerald (2012) onde afirmam que, nos Estados Unidos da América, uma pessoa com mais

de 60 anos tem em média 2,2 doenças, e que este valor é semelhante na União Europeia, o que contribui para a polimedicação, fatores importantes na avaliação do risco de queda.

Para a classificação dos medicamentos foi consultado o Prontuário Terapêutico do INFARMED (2005).

Tabela 7 – Distribuição da amostra quanto ao tipo de medicação atual. Lisboa; 2017.

Tipo de medicação	n	%
Anti-hipertensivos	4	12,9
Anti -diabéticos	1	3,2
Anti-hipertensivos e Anti - diabéticos	6	19,3
Anti-hipertensivos, Anti -diabéticos e Psicofármacos	3	9,7
Analgésicos e Anti-inflamatórios	3	9,7
Benzodiazepinas e Anti-inflamatórios	12	38,7
Outros	2	6,5
Total	31	100

A análise da tabela 7 mostrou que a maioria dos idosos consome mais do que um grupo de medicamentos, verificando-se que as benzodiazepinas/anti-inflamatórios são consumidas por 38,7%. A média de consumo diário de medicamentos na amostra é de 4,6 medicamentos/pessoa.

Dos 64,5% idosos da amostra que têm história de queda nos últimos 12 meses, 50,0% consome regularmente benzodiazepinas, determinante para a ocorrência de queda, uma vez que este consumo aumenta 2 a 4 vezes o risco de queda, em virtude, de atuar no sistema nervoso central e ser capaz de afetar o equilíbrio, a sensibilidade tátil, a força muscular dos membros inferiores e o tempo de reação, assim como o estado funcional agrava com o número de medicamentos consumidos (Boyle, Naganathan & Cumming, 2010; Maher, Hanlon, & Hajjar, 2014).

Tabela 8 – Distribuição da amostra de acordo com o Teste *Timed Up and Go*. Lisboa; 2017.

Tempo	n	%
Até 12,6 segundos	13	41,9
12,6 ou mais segundos	18	58,1
Total	31	100,0

A realização do TUGT teve como objetivo avaliar a mobilidade e o equilíbrio e é, um preditor de risco de queda a curto prazo em idosos na comunidade (AGS, BGS, AAOS, 2001; Hunter, Voaklander, Hsu & Moore, 2013; Muir *et al*, 2013; NICE,

2013). A análise da tabela 8 permitiu concluir que 58,1% dos idosos realizou o teste em 12,6 ou mais segundos, os quais, devem ser considerados com alto risco de queda (AGS, BGS, AAOS, 2001).

A avaliação do “medo de cair” em idosos através da versão portuguesa da FES permitiu constatar o grau de confiança que estes apresentaram na realização das AVD, conforme se pode verificar na tabela 9, na página seguinte.

Tabela 9 – Distribuição da amostra quanto à *Falls Efficacy Scale*. Lisboa; 2017.

Grau de confiança	n	%
10	2	6,4
[11-49]	13	41,9
[50-89]	10	32,3
[90-100]	6	19,4
Total	31	100,0

A análise da tabela 9 mostra, que 41,9% dos idosos apresentou pouca confiança e 6,4% nenhuma confiança, o que aponta para quando a dificuldade percebida da realização da tarefa está diretamente relacionada com o sentimento de risco, podendo o medo de cair representar uma resposta emocional a uma ameaça, assim como pode assumir um carácter protetor quando o idoso decide proteger-se em relação ao risco. Contudo, este potencial risco de queda torna-se num risco real quando conduz a limitações e insegurança (Dias *et al*, 2011; Chang *et al*, 2016; Payette *et al*, 2016).

A amostra apresentou um número elevado de idosos que sofreu queda (64,5%), o que explica o resultado da versão portuguesa da FES (41,9% pouca confiança e 6,4% nenhuma confiança na realização das AVD), representando a voz dos idosos uma tradução deste sentimento: “Antes limpava a casa sem precisar de ninguém, agora tenho medo” (S10); “Já não me chego ao fogão, só coisinhas pequenas como aquecer no micro-ondas” (S17).

De acordo com a WHO (2007), os fatores ambientais são um forte contributo para que ocorra queda na PI, sendo responsáveis por 30 a 50 % da ocorrência deste evento” (p.18). Na tabela 10, conforme se pode observar na página seguinte, estão agrupadas as dimensões que contribuem para a segurança/barreiras arquitetónicas de uma habitação.

Tabela 10 - Avaliação dos fatores de risco ambientais para a queda. Lisboa; 2017.

Presença de obstáculos		n	%
Animais	Exterior da Habitação	2	6,5
	Interior da Habitação	12	38,7
Escadas	Acesso da rua à habitação	31	100
	Interior da habitação	4	12,9
Pavimentos Irregulares	Exterior da habitação	31	100
	Interior da habitação	6	19,4
Tapetes	Hall/Sala	18	58,1
	Fixo	2	11,1
	Corredor	15	48,4
	Fixo	2	11,1
	Quarto/junto à cama	22	71,0
	Fixo	6	30,0
	Cozinha	20	64,5
	Fixo	6	30,0
Iluminação adequada	Casa de banho	16	51,6
	Fixo	4	25,0
	Hall de entrada/Sala	26	83,9
	Corredor	24	77,4
	Quarto	27	87,1
Ambiente domésticos	Cozinha	31	100
	Fios elétricos/telefone no chão	15	48,4
	Gavetas abertas	4	12,9
	Mobiliário Instável	19	61,3
	Soleira das portas niveladas com o chão	22	71,0
Mobiliário	Articulação coxofemoral e do joelho-ângulo 90º-sentado na cadeira	24	77,4
	Articulação coxofemoral e do joelho-ângulo 90º-sentado na cama	23	74,2
	Circulação com 1 metro em redor da cama	9	29,0
	Permite acesso e circulação em cadeira de rodas/andarilho	9	29,0
	Presença de mobiliário nas zonas de passagem	19	61,3
	Pavimentos/ladrilhos com desenhos confusos	7	22,6
	Largura das portas < 90 cm	31	100
	Largura dos corredores <90 cm	21	67,7
Casa de Banho	Presença de banheira	20	64,5
	Barras de apoio na banheira	2	10,0
	Presença de poliban	11	35,5
	Barras de apoio no poliban	5	45,5
	Altura média do debrum do duche - cm	13,5	

A análise desta tabela, permitiu observar que existem vários obstáculos no domicílio dos idosos, que podem contribuir para a ocorrência de queda, tais como: a presença de animais no interior da habitação em 38,7% das habitações, a presença de escadas de acesso à habitação em 100% das habitações e ainda 12,9% com escadas no interior, assim como, pavimento irregular no exterior de 100% dos domicílios e 19,4% têm-no no interior deste.

De salientar que todos os idosos possuem pelo menos um tapete em casa, dos quais apenas 11,1% os tem fixos no *hall*/sala e corredor, 30,0 % no quarto e cozinha e apenas 25,0% apresentam tapetes fixos na casa de banho.

Na avaliação do risco ambiental verificou-se que, apesar de todas as divisões terem iluminação, só a cozinha é que a tem adequada, apresentando as outras divisões iluminação com algum défice na adequação da luz para as necessidades deste grupo etário.

A presença de fios elétricos e telefones espalhados no chão (48,4%) e mobília instável (61,3%) mereceram a nossa atenção. Quanto às características do mobiliário, 61,3% tem mobiliário nas zonas de passagem e 100,0% das portas têm dimensões inferiores 90cm, o que dificulta a acessibilidade em caso de necessidade de utilização de cadeira de rodas assim como, 67,7% tem a largura de corredores inferior a 90cm.

Constatou-se que 64,5% da amostra utiliza a banheira para os cuidados de higiene e somente 10,0% das situações é que tem barra de apoio lateral. Em relação ao poliban, 45,5% das situações apresenta este produto de apoio.

Os resultados explanados na tabela 10 confirmam a evidência, onde é dito, que a prevalência de obstáculos no domicílio de idosos é elevada, sendo na ordem de 80% pelo menos um obstáculo identificado e 39% cinco ou mais obstáculos. A existência de obstáculos associados a outros fatores de risco são fortes determinantes de queda nesta população.

As intervenções que contribuam para correção de alguns obstáculos no domicílio podem ser um contributo para a redução de quedas (Pynoos *et al*, 2010; Keall *et al*, 2015).

A queda no idoso contribui diretamente para o declínio funcional, aumento da dependência e aumento das complicações associadas à síndrome de imobilidade, o que torna necessário identificar outros fatores de risco para além dos biofisiológicos, nomeadamente a identificação de fatores de risco comportamentais, para se poder perceber com maior clareza a natureza multifatorial das quedas e implementar ações no âmbito da promoção da saúde, visando a mudança de comportamentos, quer dos idosos, quer dos profissionais, capacitando-os e responsabilizando-o pela sua saúde, com o objetivo maior de que o idoso seja ativo e autónomo por mais tempo (Baixinho & Dixe, 2016).

Tabela 11 - Distribuição da amostra de acordo com a Escala de avaliação das práticas e comportamentos do idoso na prevenção de quedas. Lisboa; 2017.

Comunicação	Sempre %	Às vezes %	Nunca %
Oiço e falo com outros idosos sobre os fatores de risco de queda	-	38,7	61,3
Os médicos alertam-me para o risco de cair	-	3,2	96,8
Os enfermeiros alertam-me para o risco de cair	3,2	71,0	25,8
Os familiares alertam-me para o risco de cair	3,2	67,7	29,1
Comunico aos meus familiares os fatores de risco de queda	6,5	67,7	25,8
Comunico aos enfermeiros os fatores de risco identificados	3,2	71,0	25,8
Práticas e comportamentos de segurança	Sempre %	Às vezes %	Nunca %
Seleciono os sapatos adequados para o meu pé	9,7	9,7	80,6
Opto por colocar sapatos com sola antiderrapante	3,2	19,4	77,4
Quando me levanto da cama primeiro sento-me com os pés apoiados no chão só depois coloco-me em pé	90,3	6,5	3,2
Certifico-me que os pés estão bem apoiados no chão antes de me colocar em pé	58,0	35,5	6,5
Verifico se o piso da casa de banho não está escorregadio/molhado antes de a utilizar	-	29,0	71,0
Antes dos cuidados de higiene asseguro-me que o pavimento não está escorregadio	3,2	35,5	61,3
Procuro ser perseverante na escolha das melhores medidas preventivas de quedas-	-	38,7	61,3
Organizo o espaço do meu quarto de modo a facilitar a deslocação no mesmo-	6,5	16,1	77,4
Removo obstáculos que dificultem a marcha no quarto	-	35,5	64,5
Removo obstáculos que dificultem a marcha no corredor	-	32,3	67,7

A análise da tabela 11 mostrou que, 61,3% dos idosos assumiu nunca ter ouvido ou falado com outros idosos sobre os fatores de risco de queda e 96,8 % referiu nunca ter sido alertado pelos médicos para o risco de queda, 71,0 % afirmou que os enfermeiros às vezes os alertam para o risco de cair assim como 67,7 % são alertados “às vezes” para este risco pelos seus familiares. O próprio idoso a comunicar a familiares ou a enfermeiros os fatores de risco também aparece só “às vezes” (67,7%).

Nesta sequência, pudemos perceber a passividade com que o idoso aceita o próprio envelhecimento, o conformismo perante a fragilidade do envelhecimento, a diminuição na autoconfiança e confirmação de baixa auto estima após o evento e a possibilidade de recorrência do mesmo, como se pode sentir no relato de alguns idosos: “Sr.^a Enf^a, nós vamos para velhos e cair é normal, fazer o quê?” (S28);

“Depois de ter caído a minha vida está mais difícil, custa-me muito ver o meu marido a ter que fazer as coisas, os filhos têm a sua vida, são bons filhos, ajudam no que podem, mas se não melhorar, não sei se tenho que ir para um lar. Custa muito estar aqui, as coisas vão-se acumulando e nós sem podermos dar resposta” (S9).

A subvalorização da ocorrência de queda perante os profissionais de saúde e familiares, nomeadamente filhos, indica o medo de assumir a sua própria vulnerabilidade e potenciar uma possível institucionalização, conforme se ouve nesta voz: “Sabe lá, de vez em quando eu sinto umas tonturas e chego mesmo a bater nalgumas paredes, mas nem pensar em dizer ao meu filho, ia pensar que eu já não estou bem ... sei lá, ele não tem muito jeito para estar aqui connosco, se fosse filha era diferente. A casa dele é pequena e comigo assim...” (S12).

Quanto a práticas e comportamentos de segurança em relação aos dez itens indicados, oito destes, são maioritariamente identificados como “nunca”, facto este, que leva a concluir que uma vez que a maioria tem hipertensão arterial e foi informado pelo seu médico de família ou cardiologista que “antes de se levantar fique algum tempo sentado na cama até se pôr de pé”, levanta a possibilidade de não adotarem este comportamento como prática preventiva de queda mas como uma indicação dada pelo seu médico porque agora tomam “determinado” medicamento, conforme se percebeu no discurso: “Bem, eu realmente nunca me levanto de repente, porque o médico quando me receitou os medicamentos para a tensão disse-me que tinha que ficar um bocado sentado até poder levantar-me e é o que eu faço já há anos” (S17).

A análise global da tabela 11, permitiu concluir que não existe uma cultura de segurança da parte dos idosos em relação à prevenção de quedas, deixando aqui, uma janela de oportunidade para os enfermeiros na área da EpS ao incluírem a avaliação comportamental de ambos os grupos, profissionais e idosos, perante o evento queda, contribuir para o reforço da literacia em saúde da PI, empoderamento destes para a promoção da saúde e do bem-estar assim como um resultado sensível aos cuidados de enfermagem (Petronilho, 2012; WHO, 2013; Baixinho & Dixe, 2016).

Face aos múltiplos resultados apresentados, salientamos como fatores de risco biofisiológicos *major* de queda na população idosa estudada: o ter mais de 85 anos, baixo nível de escolaridade, presença de várias comorbilidades,

polimedicação, com 38,7% a consumir benzodiazepinas, 96,7% dos idosos são dependentes para a realização de pelo menos uma AVD (avaliado pela Barthel), 58,1% tem alto risco de queda (avaliado pelo TUGT) e 58,3% não apresenta confiança para a realização das AVD (avaliado pela FES).

Em termos de risco ambiental, salienta-se que todos os itens apresentam valores elevados, destacando-se a presença de tapetes e ausência de fixação dos mesmos assim como a presença de mobiliário instável.

Em termos de risco comportamental, observa-se que não existe uma cultura de segurança de prevenção de queda, assim como barreiras na comunicação quer com os profissionais, quer entre os profissionais e o idoso.

O conjunto de fatores de risco identificados na amostra de idosos enquadram-se nas quatro dimensões do modelo da WHO (2007), nomeadamente fatores de risco biológicos, comportamentais, socioeconómicos e ambientais, podendo afirmar-se que a diversidade dos determinantes em saúde, de uma forma direta ou indireta influenciam ou interferem com o bem-estar da PI contribuindo para que ocorra queda (WHO, 2007).

Estes dados foram apresentados à equipa, tendo-se optado por ouvir os peritos através do método de “pares” para definição de prioridades, prendendo-se esta opção metodológica com o facto da amostra ser reduzida ($n= 31$), tempo de exequibilidade em contexto de EC ser igualmente restrito (três meses e meio), associado ao facto da CES da ARSLVT ter demorado na concessão de parecer favorável para a realização da colheita de dados.

Identificaram-se como prioritários os seguintes problemas: dependência nas AVD; baixa confiança na realização das AVD; elevado consumo de benzodiazepinas; obstáculos na habitação e baixa cultura de segurança nas práticas e comportamentos de prevenção de queda e falta de informação dos idosos em relação à prevenção de quedas; falta de informação dos profissionais sobre conhecimento e compreensão dos fatores de risco enquanto primeira intervenção para a prevenção das quedas nos idosos (AGS/BGS, 2010; Albert *et al*, 2014; CDC, 2015).

No decorrer do EC pude observar que a maioria dos diagnósticos não foi levantado no processo clínico do utente e tendo como ponto de partida que o conhecimento e compreensão dos fatores de risco são a primeira intervenção para a

prevenção das quedas nos idosos, entende-se que o enfermeiro nos CSP, em particular os que intervêm nos CC, estão numa posição privilegiada para realizar a avaliação e intervir, sobretudo quando se deslocam a casa do idoso, o que lhes permite avaliar o risco comportamental e ambiental pela observação do meio onde o idoso está inserido, nomeadamente o seu domicílio.

A promoção e incentivo de formação contínua junto dos profissionais de saúde deve ser assumido pelas organizações de saúde apoiando-os na implementação de novos conhecimentos (Shaw, Kutryba, Braithwaite, Bedlicki & Warunek, 2010), assumindo-se o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista, no domínio da melhoria contínua da qualidade e no domínio da gestão de cuidados ao optar por sensibilizar a equipa de pares para o levantamento em SClinico de dois diagnósticos: **AUTOCUIDADO** e **Queda**, em virtude de ter sido identificado na consulta dos registos que os profissionais não levantavam estes diagnósticos na avaliação inicial da PI, sendo a pertinência desta decisão pautada pelo fator tempo, o que exigiu uma resposta de intervenção num espaço curto de tempo, os quais são assumidos na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) Versão 2 como: Autocuidado e Queda.

Após a definição dos DE, deve entender-se sobre cada problema priorizado a sua evolução e a sua tendência. Daqui traçar-se-ão os objetivos que deverão contrariar a evolução do problema, entendendo-se como objetivo “o enunciado de um princípio, a tendência de evolução natural do problema”, podendo este coincidir com a própria tendência, no caso de se considerar que a evolução natural já é bastante favorável e tendo em conta aquilo que é “tecnicamente exequível” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 79).

Assim, definem-se os indicadores de atividade ou de execução, que têm como principal meta, medir a atividade desenvolvida pelos serviços de saúde com vista a atingir um ou mais indicadores de resultado, os quais por sua vez têm como principal objetivo medir a alteração verificada num problema de saúde e a dimensão atual desse problema (Imperatori & Giraldes, 1993) (APÊNDICE IX).

A avaliação do risco de queda e a prevenção de queda na população idosa é um processo complexo que tem de ser mantido no tempo e implica mudanças que não são possíveis de introduzir em três meses e meio, por isso, para além de a equipa começar a avaliar o risco e a formalizar os DE, optou-se por começar a

trabalhar com a população idosa ao nível da promoção da saúde, porque no diagnóstico da situação ficou claro que os idosos não têm informação suficiente sobre as medidas que lhes permitem manter em segurança, tendo-se optado pela estratégia de intervenção no sistema de apoio-educação, de forma a otimizar as suas capacidades e autonomia, estimulando a aquisição de conhecimentos, a tomada de decisão consciente e o desenvolvimento de mecanismos de adaptação.

2.2.2. Execução: Intervenção na prevenção de queda da pessoa idosa

As estratégias são definidas por Imperatori e Giraldes (1993, p.87), como “um conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde”.

Para atingir os objetivos supracitados, ficou definido que a estratégia a implementar seria a formação em serviço para os enfermeiros das duas unidades com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento de competências nomeadamente capacidades a nível do sentir, do pensar e do agir, consideradas necessárias para exercer de forma correta determinada atividade (Benner, 2005).

A prevenção de quedas no domicílio da PI, deve ser entendida como um trabalho partilhado entre os vários parceiros que intervêm na comunidade devendo ser fomentado (Laybourne *et al*, 2011), tendo-se optado por uma sessão ao grupo de idosos frequentadores da “Classe de Movimento”, classe formada com o objetivo de fortalecimento muscular e reforço do equilíbrio com periodicidade bissemanal, ministrada pela Fisioterapeuta da UCC. Assim como EpS individuais aos idosos inseridos na ECCI Cacém, no domicílio, uma vez que a maioria tinha dificuldade em sair de casa e poder assim intervir com a família e/ou cuidadores e contribuir, desta forma, na organização do ambiente para que este se torne seguro, confirmando que os enfermeiros peritos na vertente PI são reconhecidos como capazes de definir cuidados específicos e como consultores na sua prática clínica, devendo-se assumir como impulsionadores de práticas de cuidados inovadores, nomeadamente na gestão de risco no domicílio dos idosos (Henriques, 2011).

Para **intervir com a pessoa idosa na comunidade promovendo o Autocuidado** desenvolveram-se as seguintes **atividades**: pesquisa bibliográfica, com recurso a base de dados e biblioteca com o objetivo de reunir conteúdo teórico,

análise e aprofundamento do mesmo, para contextualizar a problemática em estudo consolidando esta área de conhecimento, tendo sido esta atividade um *continuum* durante todo o percurso académico.

A elaboração de um estudo de caso em contexto comunitário permitiu integrar novos conteúdos sobre esta temática, nomeadamente, a identificação do risco de queda numa PI com comorbilidades, a identificação dos focos de atenção a integrar no SClínico, uma vez que esta perspetiva estava integrada na *práxis* da mestranda de uma forma muito incipiente, a qual se revelou importante, porque levou a desenvolver a forma como elaborava os registos de enfermagem indo ao encontro da OE (2001, p.16, quando refere que “é necessário um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem” e que sejam utilizados pelos restantes profissionais de saúde (Oroviogicoechea, Elliot & Watson, 2008) (APÊNDICE X).

Para **contribuir para o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem da UCSF Olival e UCC Cacém Care na prevenção de quedas no domicílio da PI visando o Autocuidado da mesma** desenvolveram-se **atividades** que incluíram uma reunião com ambas as enfermeiras coordenadoras com o objetivo de divulgar o projeto, tendo sido feito o convite para a formação através de correio eletrónico e *placard* de informações, alusivo ao tema: “Prevenção de queda no domicílio da Pessoa Idosa: Intervenções de Enfermagem” a qual decorreu no dia 21 de novembro de 2016 (APÊNDICE XI).

Todas as atividades formativas desenvolvidas, para a equipa, foram previamente divulgadas através de correio eletrónico de cada unidade e afixado o convite no *placard* de informações de ambos os serviços, assim como, no final de cada formação, foi enviado para o correio eletrónico de cada unidade o conteúdo da formação em formato digital para facilitar o acesso à totalidade dos profissionais (ANEXO IV).

A concretização desta atividade constituiu um momento formativo, onde foi descrito o conteúdo do projeto, objetivos e metodologia a aplicar. Recorreu-se a uma metodologia expositiva e interativa, sendo a estratégia pedagógica a formação para adultos, dispondo de recursos físicos existentes em sala de reunião com uma

adesão de participantes de 60 %. A avaliação da sessão consta em anexo (ANEXO V).

A reflexão partilhada que emergiu desta atividade permitiu constatar que os enfermeiros e os médicos, que se fizeram representar na pessoa da coordenadora médica da UCSP Olival, sentiram que existem lacunas sobre a importância da temática, a não relevância da mesma no seu quotidiano, em particular da equipa da UCSP Olival, em virtude de ser uma equipa pouco envolvida na especificidade da PI, o que se fez sentir na voz de alguns colegas: “Efetivamente não valorizamos o idoso como o fazemos com as crianças na consulta de Saúde Infantil” (Enfermeira (E) 1); “Parece que apenas valorizamos a ferida do idoso, sabemos que pode ter resultado de uma queda, mas daí a integrá-la como uma consequência, não!” (E3); “Os registos não refletem a pessoa” (E5).

Com o objetivo de **envolver a equipa de enfermagem sobre a importância da uniformização dos registos em SClinico**, desenvolveram-se as seguintes **atividades**: consulta de registos de enfermagem, análise e reflexão de práticas como alavanca para integrar que o enfermeiro nos CSP, em particular os que intervêm nos CC, entendendo-se aqui a intervenção do enfermeiro na comunidade a nível de prevenção de queda no domicílio da PI, pela proximidade do cliente, como o primeiro profissional a fazer a avaliação do risco de queda, assim como integrar que o registo sistemático das nossas apreciações e decisões fundamentadas num modelo de cuidados são uma porta para a tomada de decisão e visibilidade da profissão.

Para que houvesse uma convergência nesta prática agendou-se uma formação para pares subordinada ao tema “Prevenção de queda no domicílio da pessoa idosa: Intervenções de enfermagem- A pessoa idosa na UCSP Olival e na UCC Cacém Care” a qual se realizou a 18 de janeiro de 2017 (APÊNDICE XII).

Estiveram presentes nesta formação todos os enfermeiros da UCSP Olival, 34% dos enfermeiros da UCC Cacém Care e 10 % dos enfermeiros da Unidade de Saúde Familiar Flor de Lotus, unidade que partilha o espaço físico do Centro de Saúde do Cacém, a qual tinha mostrado interesse em assistir à formação, tendo esta unidade privilegiado uma colega especialista em Enfermagem Comunitária, constando a avaliação da sessão em anexo (ANEXO V).

A reflexão partilhada que emergiu desta atividade permitiu que os enfermeiros se consciencializassem sobre a qualidade dos registos. A equipa da UCSP Olival afirmou que no seu quotidiano privilegiam os registos noutras áreas nomeadamente na consulta de Saúde Infantil e Saúde Materna, o que se fez sentir na voz de alguns colegas quando afirmaram: “Realmente para se poder intervir temos que saber primeiro o que se passa com a pessoa” (E8); “ Quando não estamos despertos não fazemos” (E10); “Na Saúde Infantil identificamos a prevenção de queda e falamos da segurança infantil aos pais/família mas não o fazemos com o idoso” (E9).

Um projeto desta natureza não pode ser unilateral, a partilha com os interpares também existiu tendo sido feita a distribuição do PNSD 2015-2020 (DGS, 2015) para cada médico da Unidade assim como para a fisioterapeuta e a psicóloga.

A promoção da saúde nomeadamente na adesão da PI às medidas de segurança que previnam queda no domicílio, com os objetivos de **contribuir para a redução de estruturas que potenciem o risco e número efetivo de quedas e contribuir para a cultura de segurança da pessoa idosa na prevenção de quedas no domicílio** foram desenvolvidas como **atividades** EpS, quer a grupos quer individualmente no domicílio dos idosos, tendo sido presente neste percurso como intenção de assegurar a eficácia da intervenção educativa, a ponderação de todas as dimensões do conceito de EpS, o qual contribuiu o conhecimento prévio das aptidões cognitivas do grupo, o domínio afetivo e o domínio psicomotor (Onega & Devers, 2011).

Realizou-se uma reunião com a fisioterapeuta e coordenadora da UCC Cacém Care onde foram discutidos os melhores momentos para a sessão, a qual foi concretizada no dia 01 de fevereiro de 2017, após divulgação e convite prévio feito na aula anterior da classe aos idosos, subordinada ao tema: “As quedas acontecem! Eu previno... e você?” (APÊNDICE XIII).

Na elaboração da sessão consideraram-se alguns aspetos relativos ao próprio envelhecimento nomeadamente, a perceção de que o funcionamento cognitivo muda durante o envelhecimento, estando o desempenho das funções cognitivas relacionado com as dimensões subjetivas que compreendem a definição de qualidade de vida para os idosos (Yassuda & Abreu, 2006), tendo-se como fio condutor que a memória pode ser dividida em relação ao tempo e ao conteúdo (Carreteiro, 2006).

A preparação da sessão teve como escolha basilar três cores, privilegiando a estimulação cognitiva (atenção – vermelho, memória – amarelo e função executiva – azul), onde a cromoterapia foi a estratégia selecionada (Gindri *et al*, 2012; Irigaray, Filho & Schneider, 2012; Heller, 2013), baseando-se em princípios de treino neuropsicológico.

Como complemento do conteúdo da sessão foi oferecido no final da mesma, um postal com íman para colocar no frigorífico com figuras alusivas à prevenção da queda, com o objetivo do treino da neuroplasticidade, ou seja, o recurso ao frigorífico como tarefa quotidiana leva o idoso a ler o postal levando ao *recall* – lembrar a medida (memória a curto prazo) e a adoção de comportamentos - função executiva - que contribuam para reduzir a queda, ou seja, treino da cognição e da plasticidade cerebral, mas quando um familiar/amigo recorre ao frigorífico e questiona o idoso se já adotou algum daquelas medidas está a promover a conceituação cognitiva e a ativação comportamental (Gleitman, Gross & Reisberg, 2011; Beck, 2013) (ANEXO VI).

A adesão à sessão superou as expectativas, tendo comparecido 25 idosos. O que parecia inicialmente ir contra os princípios da andragogia (mais do que 12 adultos) não foi obstáculo. A sala de movimento é espaçosa e com boa sonoridade o que permitiu uma distribuição em círculo, tendo-se privilegiado o diálogo e a partilha de experiências com o objetivo de que as ideias elencadas fossem colocadas em prática.

Os idosos foram unânimes sobre a importância de se replicar esta experiência e, 40% solicitou o envio do conteúdo em formato digital para falar com os familiares, evidenciando-se aqui, a importância do esclarecimento sobre práticas e comportamentos do idoso relativos à prevenção de quedas deixando aqui, uma janela de oportunidade para os enfermeiros na área da EpS para o reforço da literacia em saúde dos idosos, empoderamento dos clientes para a promoção da saúde e do bem-estar assim como um resultado sensível aos cuidados de enfermagem (Petronilho, 2012; WHO, 2013; Baixinho & Dixe, 2016).

A reflexão partilhada desta atividade, entre enfermeiro, fisioterapeuta e os idosos, permitiu perceber que a prevenção de quedas no domicílio na PI deve ser entendida como um trabalho partilhado entre os vários parceiros que intervêm na comunidade, entendendo-se a parceria como uma cooperação entre as partes

interessadas, assente na confiança, em que estas assumem responsabilidade, privilégios e partilha de poderes de forma equilibrada, tendo-se decidido que no início de cada grupo novo da “Classe de Movimento” será feita uma introdução alusiva à temática da prevenção de quedas no domicílio pelo enfermeiro.

Efetuarão-se igualmente sessões individuais para colmatar a dificuldade que alguns idosos, integrados na ECCI Cacém, têm em deslocar-se ao Centro de Saúde. Estas sessões foram integradas na VD aos idosos, após reunião com a coordenadora da UCC Cacém Care. Foram efetuadas 21 sessões a 31 idosos, na semana de 5 a 9 de fevereiro de 2017, com uma duração média de 22 minutos/sessão, disponibilizando-se no final de cada sessão o postal imanizado e colocado no frigorífico. De forma geral, os idosos e suas famílias que receberam a sessão de EpS individual acolheram com entusiasmo os conteúdos, tendo sido esclarecidas dúvidas.

Como atividade transversal a todo o projeto com particular impacto, foram as reuniões tutoriais presenciais e à distância, ferramentas fundamentais para que o projeto fosse exequível e concreto, tornando a reflexão crítica uma possibilidade de contornar caminhos com mais segurança e efetividade.

2.2.3. Avaliação

A avaliação da implementação do projeto ficou condicionada pelo curto período académico para a implementação das intervenções, assim como da autorização da CES da ARSLVT para a realização da colheita de dados, o que não permitiu a avaliação do impacto/efetividade destas sessões, para além do *feedback* no momento da sessão. Contudo, a janela de oportunidade foi aberta à equipa da UCC Cacém Care e UCSP Olival, as quais poderão percecionar em visitas posteriores a adesão dos idosos, sugerindo-se os indicadores presentes na tabela 12 (OE, 2007).

Tabela 12 - Indicador de impacto

Taxa de efetividade na prevenção de queda	Nº utentes idosos com risco de queda, sem cair, e tiveram pelo menos uma intervenção documentada / Nº de utentes com risco de queda X 100
--	---

Apesar dos constrangimentos na avaliação do impacto/efetividade das intervenções anteriormente explanadas, acrescentou-se como **atividade** a reunião de avaliação do percurso efetuado com os pares da UCC Cacém Care e UCSP Olival, assim como com a fisioterapeuta e médica coordenadora da UCSP Olival onde foi apresentada uma sessão com os resultados dos dados colhidos e intervenções efetuadas, a 09 de fevereiro de 2017 (APÊNDICE XIV).

Através da análise e reflexão do anteriormente exposto entre todos os participantes ficou clara a importância da avaliação do risco de queda da PI, a uniformização e sistematização dos registos, a sensibilização para o ciclo de vida, nomeadamente a PI assim como a integração de diagnósticos de enfermagem contemplando a PI na sua multidimensionalidade.

3. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO: ENFERMAGEM MÉDICO – CIRÚRGICA – VERTENTE PESSOA IDOSA

Os enfermeiros, enquanto *stakeholders* da saúde com uma posição privilegiada de proximidade da PI na comunidade, pelos seus conhecimentos técnicos, capacidades humanas, contexto de trabalho, acesso e conhecimento que têm da comunidade, reúnem todas as condições, para guiar, apoiar e capacitar o idoso, numa filosofia de literacia em saúde, para promover e/ou manter a saúde.

A queda é uma síndrome geriátrica com consequências nefastas na funcionalidade do idoso. É emergente identificar este risco e planear intervenções personalizadas de modo a minimizar esse risco o qual pode ser determinante para a obtenção de maiores ganhos em saúde com maior rentabilização dos recursos disponíveis (*Deloitte*, 2011; DGS, 2015).

De acordo com a OE o enfermeiro especialista é “O Enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão” (OE, 2010, p.9), nesta sequência, com o objetivo de desenvolver competências como enfermeira especialista em Médico Cirúrgica vertente Pessoa Idosa, nomeadamente na prevenção de queda da PI no domicílio, promovendo a segurança e a independência desta na comunidade, foi proposto um projeto de intervenção, tendo-se desenhado uma intervenção para os cuidados da PI ao nível do diagnóstico, do planeamento e da intervenção na avaliação do estado de saúde de um grupo, no sentido de promover a autonomia dos idosos e suas famílias para assumirem as suas necessidades de autocuidado (Richard & Shea, 2011).

Ao longo deste percurso desenvolvi competências comunicacionais, capacidade de expressão e de transmissão de informação com clareza e precisão, capacidade de adaptação da linguagem aos diversos tipos de interlocutores, assertiva na exposição e defesa de ideias, demonstração de respeito e consideração pelas ideias dos outros, assim como criar sinergias entre a equipa multiprofissional, valias importantes nas várias etapas da intervenção ao longo de todas as fases do processo de enfermagem.

A interação com o cliente no seu ambiente natural, o domicílio, permitiu o desenvolvimento de competências para promover o *empowerment* do idoso e família, para gerir o seu processo de saúde-doença. O trabalho com a equipa da UCC e com o grupo de idosos na “Classe de Movimento” permitiu desenvolver competências na área do relacionamento interpessoal, comunicação assertiva e motivação de grupos. Saliento ainda o desenvolvimento de competências de liderança, que permitiram adequar recursos, dinamizar a equipa, suportar e concretizar o projeto.

A necessidade de uma reflexão sistemática e mobilização de um conjunto de informação científica, técnica e relacional devido às discrepâncias entre a teoria e a prática, contribuíram para a qualidade e segurança nos cuidados prestados. A análise, pesquisa e reflexão permanente no exercício profissional, permitiu que a prática se convertesse em competência, o que é sustentado por Benner (2005, p.14) quando afirma que “ a prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o caráter, o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática”, neste sentido, a prática reflexiva supõe uma consideração ativa, persistente e cuidadosa de qualquer crença ou prática à luz dos fundamentos que a sustentam e as consequências a que esta a conduzem, ou seja, reflexão implica intuição, emoção e paixão e não algo estanque que possa ser utilizado sempre da mesma forma.

Os cuidados de enfermagem devem traduzir um autodesenvolvimento de competências profissionais, tanto no domínio colaborativo, como no domínio autónomo, para que se progrida de iniciado, a iniciado avançado, a competente, a altamente competente até ao nível de perito (Benner, 2005).

O recurso aos instrumentos utilizados na colheita de dados, compreender a sua aplicação e que conclusões retirar, foi um desafio aliciante, que traduziu a importância de utilizar instrumentos validados para avaliar o risco e orientar a intervenção especializada e individualizada do enfermeiro.

O percurso desenvolvido neste projeto foi ao encontro do perfil do enfermeiro especialista, nomeadamente nos domínios da responsabilidade profissional, ética, legal e de melhoria da qualidade (OE, 2010) conforme o explanado no relatório.

O recurso a evidência, nomeadamente artigos de investigação, revisão sistemática da literatura e a consulta de *guidelines* elaboradas a partir da evidência

disponível assim como, a elaboração de um estudo secundário através da execução de uma *Scoping Review* conforme protocolo, permitiram o desenvolvimento de competências clínicas e investigativas e ainda contributos no desenvolvimento de competências que vão ao encontro do perfil desejado para o grau de mestre, preconizado no Decreto-Lei nº 115/2013 que prevê o desenvolvimento da capacidade de otimizar conhecimentos, novas competências, conjugá-las e utilizá-las em ambientes complexos, com um sentido muito forte de responsabilidade e respeito.

A análise da prática de enfermagem médico-cirúrgica em diferentes áreas de intervenção à PI e sua família em contexto hospitalar e comunitário conforme consta deste relatório, contribuiu para o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista na área Médico-Cirúrgica vertente Pessoa Idosa.

Neste sentido, os cuidados prestados à PI enquanto enfermeira e mestranda da área Médico Cirúrgica vertente Pessoa Idosa, ofereceram a possibilidade de desenvolver competências de proficiente, de modo a identificar as necessidades, estabelecer prioridades, elaborar diagnósticos de enfermagem, planear e executar intervenções de enfermagem, direcionadas e personalizadas aos contextos individuais, sociais e culturais de cada pessoa idosa e seus familiares e/ou cuidadores, (ESEL, 2014), considerando-se que os objetivos propostos foram alcançados.

Como limitações a este projeto destacam-se: a limitação temporal do período de ensino clínico, assim como a demora da autorização da CES da ARSLVT para a fase de colheita de dados, o volume de trabalho nos contextos da prática clínica que dificultam as reuniões de equipa, o elevado rácio enfermeiro/cliente o que interfere com a possibilidade de avaliar todos os fatores de risco e de permitir a intervenção multifatorial, fatores que contribuíram para a tomada de decisão referente ao desenho de intervenção e impossibilidade de avaliação de indicadores de resultado o que impossibilitou a visibilidade real dos ganhos em saúde nesta população.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS/ SUGESTÕES PARA A PRÁTICA

A prevenção de quedas da PI na comunidade, em particular no domicílio, é uma área de intervenção pertinente, atual e vai de encontro às orientações da OMS, DGS e OE. O PNSD 2015- 2020 (DGS, 2015) coloca a queda no centro da discussão dos profissionais da saúde, pela necessidade de avaliação do risco a todos os idosos e introdução de medidas que reduzam o risco, a queda e as lesões decorrentes, particularmente na PI.

A concretização deste projeto foi muito gratificante, quer do ponto de vista académico, profissional e pessoal. A possibilidade de avaliação multifatorial do risco de queda aos idosos integrados na ECCI Cacém, a possibilidade do levantamento de um diagnóstico da situação na UCSP Olival e UCC Cacém *Care*, a formação da equipa para conhecer e compreender os fatores de risco de queda na PI, enquanto primeira intervenção para a prevenção das quedas destes, levantamento do diagnóstico de enfermagem: risco de queda foi o primeiro passo para a prevenção e para a translação do conhecimento nesta área para a prática clínica, já que, a melhor evidência recomenda que a avaliação do risco seja o primeiro passo para o controlo deste problema de saúde pública.

O envolvimento interpares e da equipa multiprofissional foi outro ganho que este projeto trouxe, promovendo a coesão e interação da equipa e foi agregador dos diferentes grupos profissionais através de reflexão e discussão. Saliento ainda como ganhos a avaliação do domicílio com a possibilidade de modificações que contribuam para a redução dos riscos de queda no domicílio da PI.

Apesar de considerar que pouco foi feito é com alguma satisfação que verifico que o projeto teve visibilidade dentro e fora da equipa, pelo convite para participar no **projeto Sintra mais Saúde**, na 1ª semana de junho e outubro de 2017.

Este projeto permitiu que todos os idosos sejam avaliados quanto ao risco de queda e à *posteriori*, que os diagnósticos: risco de queda ou de queda constem no processo clínico do cliente. Ficam em curso outros desafios que emergiram como a EpS em grupo por módulos integrada na consulta de Diabetes e “Classe de Movimento”, contactar-se todos os idosos aos 66 anos para serem informados sobre práticas e comportamentos de segurança na prevenção de queda e a interação com a equipa da UCC Cacém *Care*, CC, para avaliarem o impacto de efetividade na prevenção de queda.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akyol, A.D. (2007). Falls in the elderly: What can be done? *Journal Compilation, International Council of Nurses*. 54(2), 191-196.
- Albert, S. M., King, J., Boudreau, R., Prasad, T., Lin, C. J. & Newman, A. B. (2014). Primary prevention of falls: effectiveness of a statewide program. *Am J Public Health*. 104(5), 77-84.
- Ambrose, A. F., Paul, G. & Hausdorff, J.M. (2013). Risk factors for falls among older adults: A review of the literature. *Maturitas*. 75(1), 51-61.
- American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. (2001). Guideline for the prevention of falls in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*. 49, 664-672.
- American Geriatrics Society/British Geriatrics Society (AGS/BGS). (2010). Clinical Practice Guideline: Prevention of Falls in Older Persons. New York: *American Geriatrics Society*. Acedido a 10/01/2017. Disponível em: www.americangeriatrics.org/health_care_professionals/clinical_practice/clinical_guidelines_recommendations/2010/.
- American Geriatrics Society and British Geriatrics Society (2011). Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. Panel on Prevention of Falls in Older Persons; *J Am Geriatr Soc*. 59(1), 148-157.
- Araujo, F., Ribeiro, J. L., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Qualidade de Vida*. 25(2), 59-66.
- Baixinho, C. L. (2011). Funcionalidade após fratura do colo do fêmur. *Revista Baiana de Enfermagem*. 25 (3), 311-319.
- Baixinho, C. & Dixe, M.A. (2014). Monitoramento de episódios de quedas em instituição para idosos. *Rev Eletr Enf*. 16(1),28-34. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20650>.
- Baixinho, C. L. & Dixe, M. A. (2016). Construction and Validation of the Scale of practices and Behaviors of Institutionalized Elderly to Prevent fall. *Universal Journal of Public Health*. 4(3), 139-143.
- Barkhausen. T., Junius-Walker, U., Hummers-Pradier, E., Mueller, C. A. & Theile, G. (2015). "It's MAGIC" - development of a manageable geriatric assessment for general practice use. *BMC Fam Pract*, 16, 1–10. Acedido a 20/01/2017. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/16/4>.
- Beck, J. S. (2013). *Terapia Cognitiva-Comportamental: teoria e prática*. 2ª Ed. Porto Alegre. Artmed.

- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2ª ed). Coimbra: Quarteto.
- Boyle, N., Naganathan, V. & Cumming, R. G. (2010). Medication and falls: risk and optimization. *Clin Geriatr Med*. 26(4), 583-605.
- Bloch, F., Thibaud, M., Dugué, B., Brègue, C., Rigaud, A. S., & Kemoun, G. (2010). Episodes of falling among elderly people: a systematic review and metaanalysis of social and demographic pre-disposing characteristics. *Clinics*, 65(9),895-903.
- Branco, J.C., Felicíssimo, P. & Monteiro, J. (2009). A epidemiologia e o impacto sócio-económico das fracturas da extremidade proximal do fémur-uma reflexão sobre o padrão actual de tratamento da osteoporose grave. *Acta reumatologia port.* (34), 475-485.
- Branco, P. P. (2013). *Avaliação e modificação do risco de queda em idosos com recurso à posturografia dinâmica computadorizada*. (Tese apresentada para a obtenção do Grau de Doutor em Medicina, na Especialidade de Medicina Física e de Reabilitação, conferido pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa). Lisboa: Universidade Nova de Lisboa - Faculdade de Ciências Médicas.
- Burns, E. R., Stevens, J. A. & Lee, R. (2016). The direct costs of fatal and non-fatal falls among older adults – United States. *J Safety Res*. 58, 99-103.
- Butts, J. B. & Rich, K. L. (2011). *Philosophies and Theories for Advanced Nursing Practice*. Ontario: Jones & Bartlett Learning.
- Cabrita, M.F.G. & José, H.M.G. (2013). O idoso na equipe de cuidados continuados integrados: programa de enfermagem para prevenção de quedas. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. 7(1), 96-103.
- Carreteiro, R. (2006). *Manual de Neuropsicologia Clínica*. Lisboa: Psiclinica.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2015). Costs of Falls Among Older Adults. 24/7. Acedido a 10/01/2017, Disponível em: <https://www.cdc.gov/homeandrecreationalsafety/falls/fallcost.html>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2016). Morbidity and Mortality *Weekly Report*. 65(37), 993-998.
- Chang, H.-T., Chen, H.-C., & Chou, P. (2016). Factors Associated with Fear of Falling among Community-Dwelling Older Adults in the Shih-Pai Study in Taiwan. *PloS one*. 11(3), e0150612.
- Contreiras, T. & Rodrigues, E. (2014). EVITA – Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes: relatório 2009 – 2012. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Costa-Dias, M. J., Ferreira, P. L., & Oliveira, A. S. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência*, série IV, (2)7-17.

- Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto (2013). Aprova o regime jurídico dos graus académicos e diplomas do ensino superior. Diário da República, 1ª Série, nº 151. Ministério da Educação e Ciência.
- Deloitte (2011). Saúde em análise. Uma visão para o futuro. Public Sector, *Life Sciences & Healthcare*. Acedido em 26/01/2017. Disponível em: [https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/pt/Documents/life-sciences-health-care/pt\(pt\)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf](https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/pt/Documents/life-sciences-health-care/pt(pt)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf).
- Dias, R. C., Freire, M. T.F., Santos, É. G.S., Vieira, R. A., Dias, J. M.D. & Perracini, M.R. (2011). Características associadas à restrição de atividade induzida pelo medo de cair em idosos que vivem em comunidade. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 15 (5), 406-413.
- Direção Geral da Saúde (2010). Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2016. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde (2012). Plano Nacional de Saúde. Acedido a 14/12/2016. Disponível em <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>.
- Direção Geral da Saúde (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Lisboa: DGS.
- ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA (2014). Regulamento de Mestrado 2014. ESEL, Lisboa. Acedido a 12/12/2016. Disponível em: http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/63B35190-FD5E-4BCF-BF43-D08B1210D1DF/4612/reg_mest_02_2014.pdf.
- Fortin, M.F. (2009). *O processo de investigação: da concepção à realização*. (5ª ed), Loures: Lusociência.
- Fortin, M.F., Côté, J. & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. 5ª ed. Loures: Lusodidacta.
- Fundação Calouste Gulbenkian (2015). Literacia Em Saúde Em Portugal – Relatório Síntese. Acedido em 15/01/2017 Disponível em: https://gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2016/05/PGISVersCurtaFCB_FINAL2016.pdf.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos (FFMS). (2016). Indicadores de Envelhecimento em Portugal. *PORDATA*. Acedido a 10/01/2017. Disponível em: <http://www.pordata.pt/>.
- Gangavati, A., Hajjar, I., Quach, L., Jones, R. N., Kiely, D. K., Gagnon, P. & Lipsitz, L. A. (2011). Hypertension, Orthostatic Hypotension, and the Risk of Falls in a Community-Dwelling Elderly Population: The Maintenance of Balance, Independent Living, Intellect, and Zest in the Elderly of Boston Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(3), 383-389.
- Gale, C. R., Cooper, C., & Sayer, A. A. (2016). Prevalence and risk factors for falls in older men and women: The English Longitudinal Study of Ageing. *Age and Ageing*, 45(6), 789-794.

- Gillespie, L.D., Robertson, M., Gillespie, W.J., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L. M., Lamb, S. E. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 9. Art. No.: No.: CD007146. DOI: 10.1002/14651858.CD007146.pub3.
- Gindri, G., Frison, T. B., Oliveira, C. R., Zimmermann, N., Netto, T. M., Landeira - Fernandez, J. & Fonseca, R.P. (2012). Métodos em reabilitação neuropsicológica. In: Landeira-Fernandez, J., Fukisima, S. (orgs). *Métodos em Neurociências* (343-375). São Paulo: Manole.
- Gleitman, H., Gross, J. & Reisberg, D. (2011). *Psychology*. (8th ed.). Canada: WW Norton & Company, Inc.
- Graf, C.E., Zekry, D., Giannelli, S., Michel, J. & Chavalley, T. (2011). Efficiency and applicability of comprehensive geriatric assessment in the Emergency Department: a systematic review. *Aging Clinical and experimental research*. 23(4), 244-254.
- Guerra, I., Pinto, T.C., Martins, M., Almeida, S. & Gonçalves, A. (2010). *À Tona de Água: Retratos de um Portugal em mudança*. (vol. 1 e 2). Lisboa: Tinta-da-China / Fundação Calouste Gulbenkian.
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9.
- Hauer, K., Lamb, S. E. & Becker, C. (2006). Systematic review of definitions and methods of measuring falls in randomised controlled fall prevention trials. *Age Ageing*. 35(1), 5-10.
- Hartholt, K. A., Polinder, S., Van der Cammen, T. J. M., Panneman, M.J.M., Van der Velde, N., Van Lieshout, E.M.M. & Van Beeck, E. F. (2012). Costs of falls in na ageing population: A nationwide study from the Netherlands (2007-2009). *Int. J. Care Injured*. 43, 1199-1203.
- Heller, E. (2013). *A Psicologia das Cores: como as cores afetam a emoção e a razão*. São Paulo: Gustavo Gili.
- Henriques, M. A. P. (2011). *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade. Eficácia das intervenções de enfermagem*. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa. Lisboa.
- Hesbeen, W. (2006). *Trabalho de fim de curso, trabalho de humanidade: emergir como o autor do seu próprio pensamento*. Loures: Lusociência.
- Holguín, E. A., Gásquez, M. A. R. & Urrego, L. M. H. (2012). Improvement of self-care behaviors after a nursing educational intervention with patients with heart failure. *Invest. educ. enferm*, 30 (2) ,188-197.

- Houry, D., Florence, C., Baldwin, G., Stevens, J., & McClure, R. (2016). The CDC Injury Center's response to the growing public health problem of falls among older adults. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 10(1), 74-77.
- Hunter, K. F., Voaklander, D., Hsu, Z. Y. & Moore, K.N. (2013). Lower urinary tract symptoms and falls risk among older women receiving home support: a prospective cohort study. *BMC Geriatr.* 13, 46.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. R. (1993) Metodologia do planeamento em saúde. Escola Nacional de Saúde Pública: Edições da saúde, 3ª edição. Lisboa.
- INFARMED. (2005). *Vademecum*. Acedido a 18/10/2016. Disponível em: <http://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/vademecum.pdf/f85294bb-db17-4d18-aaab-f394fbbb963e>.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). Censo de 2011. Acedido a 10/01/2017. Disponível em: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos2011_apresentacao&xpid=CENSOS
- Instituto Nacional de Estatística. (2015). Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUE_Sdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt.
- Irigaray, T. Q., Filho, I. G. & Schneider, R. H. (2012). Efeitos de um treino de atenção, memória e funções executivas na cognição de idosos saudáveis. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 25(1), 182-187.
- Joanna Briggs Institute (2015). *The Joanna Briggs Institute- Reviewers' Manual 2015. Methodology for JBI Scoping Reviews*. Australia, The Joanna Briggs Institute
- Jones, D. & Whitaker, T. (2011). Preventing falls in older people: assessment and interventions. *Nurs Stand.* 25(52), 50-55.
- Keall, M. D., Pierse, N., Howden-Chapman, P., Cunningham, C., Cunningham, M. Guria, J. & Baker, M. G. (2015). Home modification to reduce injuries from falls in the Home Injury Prevention (HIPI) study: a cluster-randomized controlled trial. *The Lancet*. 385(9964), 231-338.
- Kalula, S. Z., Scott, V., Dowd, A. & Brodrick, K. (2011). Falls and fall prevention programmes in developing countries: Environmental scan for the adaptation of the Canadian Falls prevention curriculum for developing countries. *J Safety Res* 42(6), 461-472.
- Kim, E. J., Arai, H., Chan, P., Chen, L-K., Hill, K. D., Kong, B. & Won, C.W. (2015). Strategies on fall prevention for older people living in the community: A report from a round-table meeting in IAGG 2013. *Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics*. 6, 39-44.

- Kwan, E. & Straus, S. E. (2014). Assessment and management of falls in older people. *Canadian Medical Association Journal*, 186(16), 610-621.
- Laybourne, A. H., Martin, F. C., Whiting, D. G. & Lowton, K. (2011). Could Fire and Rescue Services identify older people at risk of falls? *Primary Health Care Research and Development*, 12(4), 395-399.
- Lihavainen, K., Sipilä, S., Ratanent, T., Seppänen, J., Iivä, P., Sulkava, R. & Hartikainen, S. (2012). Effects of comprehensive geriatric intervention on physical performance among people aged 75 years and over. *Aging Clinical and Experimental Research*. 24(4), 331-338.
- Maher, R.L., Hanlon, J. T. & Hajjar, E. R. (2014). Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert Opin Drug Saf.* 13(1), 57-65.
- Martin, F. (2011). Falls risk factors: assessment and management to prevent falls and fractures. *Canadian Journal on Aging*. 30(1), 33- 44.
- Medeiros, P. (2012). Como estaremos na velhice? Reflexões sobre envelhecimento e dependência, abandono e institucionalização. *Polémica*. 11(3), 439-453.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishings Company.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing Development & Progress*. (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins.
- Melo, M. L. (2005). *Comunicação com o Doente – Certezas e Incógnitas*. Loures: Lusociência.
- Melo, C. A. (2011). *Adaptação cultural e validação da escala "falls efficacy scale" de Tinetti*. Acedido a 10/10/2016. Disponível em: ifisionline: www.ifisionline.ips.pt
- Melo, R. M. C., Rua, M. S. & Santos, C. S. V. B. (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Rev. Enf. Ref.*, IV (2), 143-51.
- Miller, E., Wightman, E. & Campbell, F. (2009). Management of Fall-Related Injuries in the Elderly: A Retrospective Chart Review of Patients Presenting to the Emergency Department of a Community-Based Teaching Hospital. *Physiotherapy*. Canada, 61(1), 26-37.
- Mitchell, S. E., Aitken, S. A. & Court- Brown, C.M. (2013). The Epidemiology of Fractures Caused by Falls Down Stairs. *ISRN Epidemiology*. Acedido a 20/10/2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5402/2013/370340>.
- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do Mini-mental state examination. *Sinapses*, 9(2), 10-16.
- Moniz-Pereira, V., Carnide, F., Ramalho, F., André, H., Machado, M., Santos-Rocha, R. & Veloso, A. P. (2013). Using a multifactorial approach to determine fall risk profiles in portuguese older adults. *Acta Reumatol Port*. 38(4), 263-272.

- Morse, J.M. (2009). *Preventing Patient Falls*. (2th ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Moyer, V. A. (2012). Prevention of Falls in Community-Dwelling Older Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med*. 157(3), 197-204.
- Muir, S. W., Beauchet, O. Montero-Odasso, M., Annweiler, C., Fantino, B. & Speechley M. (2013). Association of executive function impairment, history of falls and physical performance in older adults: A cross-sectional population-based study in Eastern France. *J Nutr Health Aging*. 17(8), 661-665.
- NANDA International (2013). *Diagnóstico de Enfermagem da Nanda - 2012-2014*. São Paulo: Artmed.
- National Institute for Health and Care Excellence - NICE – (2013). Falls: assessment and prevention of falls in older people. NICE clinical guideline 161.
- Observatório Português Dos Sistemas De Saúde (OPSS). Relatório de Primavera 2012 – Crise&Saúde Um País Em Sofrimento. Acedido a 16/01/2017. Disponível em: <http://www.opss.pt/rp2012>.
- Observatório Português Dos Sistemas De Saúde (OPSS). Relatório de Primavera 2016 - Saúde: Procuram-se novos caminhos. Acedido a 16/01/2017. Disponível em: <http://www.opss.pt/node/488>.
- Oliveira, B. C., Garanhani, M.L. & Garanhani, M. R. (2011). Caregivers of people with stroke - needs, feelings and guidelines provided. *Acta Paul Enferm* 2011. Feb 04];24(1):43-9. Acedido a 21/02/2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/apv/v24n1/en_v24n1a06.pdf.
- Onega, L.L. & Devers, E. (2011). Educação para a saúde e Processo de Grupo. In *Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de saúde na Comunidade Centrados na População*. (pp.302-330). Loures: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Dos Comentários à Análise dos Casos*. Edição da Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 14/12/2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CodigoDeontologicoEnfermeiro_edicao2005.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Documento de trabalho*. 16 Nov 2007. Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. Conselho de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2010) Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Regulamentos das Competências Específicas das Especialidades em Enfermagem. Acedido a 4/01/2017. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>.
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 13/01/2017. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Acedido a 8/01/2017. Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_W.pdf.
- Orem, D. E. (1993). *Modelo de OREM conceptos de enfermaria en la práctica*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas.
- Orem, D. E. (2001). *NURSING: Concepts of practice* (6th ed.). Canadá: Mosby.
- Oroviogioicoechea, C., Elliot, B. & Watson, R. (2008) - Review: Evaluating Information System in Nursing. *Journal of Clinical Nursing*.17(5), 567-575.
- Payette, M. C., Bélanger, C., Léveillé, V., & Grenier, S. (2016). Fall-Related Psychological Concerns and Anxiety among Community-Dwelling Older Adults: Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE*, 11(4), e0152848.
- Petronilho, F. A. S. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem – Da Conceptualização aos Dados Empíricos através de uma Revisão da Literatura dos Últimos 20 Anos (1990-2011)*. Coimbra: Formasau.
- Petronilho, F. A. S. (2013). *A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos: estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador*. (Teses de doutoramento). Acedido a 02/02/2017. Disponível em: RU Lisboa.
- Plank, A., Mazzoni, V. & Cavada, L. (2012). Becoming a caregiver: new family carers' experience during the transition from hospital to home. *Journal of Clinical Nursing*, 21 (14), 2072-2082.
- Plano Nacional de Saúde (PNS). (2013). PNS 2012-2016. Acedido a 05/01/2017. Disponível em <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>.
- Polinder, S., Toet, H., Panneman, M., Beeck, E. (2011). *Methodological approach for cost – effectiveness and cost – utility analysis of injury prevention measures*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Acedido a 12/12/2016. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/144196/e95096.pdf.

- Pynoos, J., Steinman, B. A. & Nguyen, A. Q. (2010). Environmental assessment and modification as fall-prevention strategies for older adults. *Clin Geriatr Med.* 26(4), 633-644.
- Richard, A. A. & Shea, K. (2011). Delineation of Self-Care and Associated Concepts. *Journal of Nursing Scholarship.* 43(3), 255-264.
- Rodríguez-Molinero, A., Samà, A., Pérez-Martínez, D. A., López, C. P., Romagosa, J., Bayés, À., ... & Martín, D. R. (2015). Validation of a portable device for mapping motor and gait disturbances in Parkinson's disease. *JMIR mHealth and uHealth*, 3 (1), e9.
- Ruberu, R. P. & Fitzgerald, S. P. (2012). Clinical practice guidelines for chronic diseases-- understanding and managing their contribution to polypharmacy. *Clinics in geriatric medicine.* 28(2), 187-98.
- Salin, S., Kaunonen, M., & Åstedt-Kurki, P. (2013). Nurses' Perceptions of Their Relationships with Informal Carers in Institutional Respite Care for Older People. *Nursing Research and Practice.* (2013). Acedido a 05/01/2017. Disponível em: <http://doi.org/10.1155/2013/967084>.
- Sartini, M., Cristina, M. L., Spagnolo, P., Spagnolo, A. M., Cremonesi, P., Costaguta, C. & Odetti, P. (2010). The epidemiology of domestic injurious falls in a community dwelling elderly population: an outgrowing economic burden. *Eur J Public Health.* 20(5), 604-606.
- Shaw, C. D., Kutryba, B., Braithwaite, J., Bedlicki, M. & Warunek, A. (2010) Sustainable healthcare accreditation: message from Europe in 2009. *Int J Qual Health Care.* 22 (5), 341-350.
- Sherrington, C., Michaleff, Z. A., Fairhall, N., Paul, S. S., Tiedmann, A., Whitney, J. & Lord, S. R. (2016). Exercise to prevent falls in older adults: an updated systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med*, 1-10.
- Smith, A. de A., Silva, A. O., Rodrigues, R. A. P., Moreira, M. A. S. P., Nogueira, J. de A., & Tura, L. F. R. (2017). Assessment of risk of falls in elderly living at home. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, e2754. Acedido a 15/04/2017. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1518-8345.0671.2754>.
- Sousa, L.M.M., Marques-Vieira, C.M.A., Caldevilla, M.N.G.N., Henriques, C.M.A.D., Severino, S.S.P. & Caldeira, S.M.A. (2016). Risco de quedas em idosos residentes na comunidade: revisão sistemática da literatura. *Rev Gaúcha Enferm.* 37(4). Acedido em 9/01/2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.55030>.
- Speechley, M. (2011). Unintentional Falls in Older Adults: A Methodological Historical Review. *Canadian Journal on Aging.* 30(1), 21-32.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de saúde Pública – Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População.* 7ª ed. Lisboa: Lusodidacta.

- Tsai, P. C., Yip, P. K., Tai, J.J. & Lou, M.F. (2015), Needs of family caregivers of stroke patients: a longitudinal study of caregivers' perspectives. *Journal of Patient Prefer Adherence*, 9, 449-457.
- United Nations. Departement of Economic and social Affairs (2013). World Population Prospects: The 2012 Revision. New York: United Nations.
- Ungar, A., Rafanelli, M., Iacomeli, I., Brunetti, M. A., Ceccofiglio, A., Tesi, F. & Marchionni, N. (2013). Fall prevention in the elderly. *Clinical Cases in Mineral and Bone Metabolism*, 10(2), 91-95.
- Watson, J., (2002). *Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- World Health Organization (2002). Active Ageing, A Policy Framework. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain. Acedido a 12/12/2016. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf.
- World Health Organization (2007). WHO Global report on falls prevention in older age. Geneve: WHO.
- World Health Organization (2013). *Health literacy the solid facts*. Copenhagen: WHO regional Office for Europe. Acedido a 28/01/2017, Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf.
- World Health Organization (2015). Global Recommendations on Physical Activity for Health. Physical Activity and Older Adults Recommended levels of physical activity for adults aged 65 and above. Acedido a 15/01/2017. Disponível em http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/en/.
- World Health Organization (2016). ICD – 10 Version: 2016. Acedido a 10/10/2017. Disponível em: apps.who.int/classification/icd10/browse/2016/en.
- Yamada, Y., Siersma, V., Avlund. K., & Vass, M. (2012). Formal home help services and institutionalization. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 54, 52-56.
- Yassuda, M. S., & Abreu V. P. S. (2006). Avaliação cognitiva. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll & M. L. Gorzoni (Eds.), *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp.1252-1266). Rio de Janeiro: Koogan.
- Yu, D. S. F., Lee, D. T. F., Thompson, D. R., Jaarsma, T., Woo, J. & Leung, E. M. F. (2010). Psychometric properties of the Chinese version of the European Heart Failure Self-care Behaviour Scale. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 458-467.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Cronograma de Atividades

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

<div>Atividades</div>	Meses/Ano	Outubro 2016	Novembro 2016	Dezembro 2016	Janeiro 2017	Fevereiro 2017	Março 2017
Ensino Clínico – HFF, EPE -serviço de Ortopedia							
Ensino clínico na UCC Cacém Care e UCSP Olival							
Diagnóstico da situação							
Definição de prioridades							
Fixação de objetivos							
Elaboração do projeto							
Preparação da execução							
Intervenção							
Avaliação							
Elaboração e entrega do Relatório							

APÊNDICE II – Objetivos Gerais e Específicos do projeto

OBJETIVOS	
GERAIS	ESPECÍFICOS
1. Conhecer o estado da arte relativamente ao fenómeno da prevenção da queda no domicílio da pessoa idosa.	<p>1.1. Ampliar conhecimentos sobre a pessoa idosa e família, suas necessidades e especificidades de cuidados;</p> <p>1.2. Identificar os fatores de risco de queda na pessoa idosa e intervenções preventivas de queda na pessoa idosa;</p>
2. Desenvolver competências de enfermeira especialista centrada na prevenção de quedas no domicílio da pessoa idosa.	<p>2.1. Conhecer a dinâmica organo-funcional do HFF, EPE, -serviço de Ortopedia;</p> <p>2.2. Intervir com a pessoa idosa internada por queda no domicílio promovendo o Autocuidado;</p> <p>2.3. Intervir com a pessoa idosa na comunidade promovendo o Autocuidado;</p>
3. Promover o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem na prevenção de quedas no domicílio da pessoa idosa.	<p>3.1. Contribuir para o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem da UCSP Olival na prevenção de quedas no domicílio da pessoa idosa visando o Autocuidado da mesma;</p>

APÊNDICE III – Estudo de Caso no Hospital Professor Doutor
Fernando da Fonseca, EPE



5º Curso de Pós Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica
Vertente Pessoa Idosa

Estudo de Caso Clínico

O impacto da queda na Pessoa Idosa: do hospital para casa

Teresa Maria Lopes Vaz de Oliveira

Lisboa
Outubro 2016





5º Curso de Pós Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica Vertente
Pessoa Idosa

Estudo de Caso Clínico

O impacto da queda na Pessoa Idosa: do hospital para casa


Teresa Maria Lopes Vaz de Oliveira

Orientador: Professora Doutora Maria Adriana Pereira Henriques

Co-Orientadora: Professora Doutora Cristina Baixinho

Lisboa

Outubro 2016



ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	3
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	5
1.1. Fratura da anca.....	7
1.2. Diabetes <i>Mellitus</i> tipo II.....	9
1.3. Hipertensão arterial.....	11
1.4. Teoria do déficit do Autocuidado numa pessoa idosa em contexto hospitalar por queda.....	12
2. PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	14
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	16
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	17
ANEXOS	
Anexo 1 – Processo de Enfermagem	
Anexo 2 – Instrumentos de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa	

INTRODUÇÃO

Os profissionais de saúde são referenciados como os que “...devem cultivar uma perspectiva holística e salutogénica da saúde e valorizar o seu trabalho também pelo impacto na saúde e bem-estar” (PNS 2012-2016). Neste sentido a enfermagem enquanto disciplina deve convergir os cuidados que presta pela promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue, considerando que o cuidado de enfermagem deve estar atento às reais necessidades de saúde, dos indivíduos, família e comunidades, em ambientes por vezes adversos. Apesar da ampla variedade de contextos, quer no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, quer no de Cuidados Diferenciados, a prestação de cuidados de qualidade aos clientes deve ser instituída de modo integral numa perspectiva holística, desempenhando atividades de promoção da saúde e prevenção da doença; tratamento e reabilitação.

Decorrente da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, foi proposto a realização de um estudo de caso, “...investigação aprofundada de um indivíduo, de uma família, de um grupo ou de uma organização (...) para verificar uma teoria, estudar um caso que é reconhecido como especial ou único, explicar relações de causalidade entre a evolução de um fenómeno e uma intervenção” (Fortin, 2009).

A realização deste estudo de caso decorre durante o ensino clínico em contexto hospitalar e relata o estudo de um caso real de uma cliente com 84 anos, com o diagnóstico de fratura da anca, Diabetes *Mellitus* II insulinotratada e Hipertensão Arterial, sustentando-se a minha intervenção na perspectiva da Teoria do *Déficit* do Autocuidado de Dorothea Orem.

Os dados foram colhidos através de observação direta, entrevista à cliente e consulta do respetivo processo clínico.

Para a realização deste estudo de caso foi solicitado autorização prévia à Sr^a Enfermeira Chefe do serviço de Ortopedia do Hospital Fernando da Fonseca, EPE e ao Sr. Enfermeiro Orientador de estágio deste contexto clínico.

Foi solicitada autorização à cliente e esclarecidas as dúvidas colocadas. A cliente deu o seu consentimento tendo a proteção do anonimato e confidencialidade dos dados desta salvaguardados, sendo a identidade da cliente omissa e nominada por letras, respeitando assim o artigo 85º - do Dever de Sigilo – Deontologia Profissional de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Os objetivos delineados para este trabalho são:

- + Aprofundar conhecimentos sobre a Fratura da Anca na Pessoa Idosa;
- + Aprofundar conhecimentos sobre Diabetes *Mellitus* Tipo 2 insulinotratada em contexto hospitalar
- + Aprofundar conhecimentos sobre Hipertensão Arterial na Pessoa Idosa
- + Aprofundar conhecimentos sobre o Processo de Enfermagem, nomeadamente história clínica, pessoal e familiar;
- + Utilização de escalas e instrumentos de avaliação multidimensional da Pessoa Idosa;
- + Avaliação do risco de queda;
- + Apresentar um plano de cuidados, utilizando linguagem CIPE®;

Este estudo caso encontra-se estruturado em quatro capítulos principais onde fazem parte a introdução, um desenvolvimento (enquadramento teórico) que resulta de uma revisão da literatura acerca da temática, o processo de enfermagem e considerações finais. Posteriormente elementos pós-texto em Anexo.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A esperança de vida tem vindo a aumentar nas últimas décadas. Desde 2013 verifica-se que na Europa a população ativa começou a decrescer e observa-se que a população com mais de 60 anos aumenta a um ritmo de dois milhões de pessoas por ano (Comissão Europeia, 2010), facto que está a originar um padrão geracional que reivindica novas políticas e respostas.

Apesar do aumento da esperança média de vida ter aumentado nas últimas décadas nem sempre tem correspondido a uma melhoria da qualidade de vida (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2012) verificando-se ainda que o desenvolvimento científico e tecnológico tornam possível prevenir, diagnosticar e até curar muitas doenças observa-se no entanto na população idosa que o risco de má saúde é cinco vezes superior nos que não andaram na escola, quatro vezes superior nas doenças crónicas e três vezes maior nas limitações, sendo Portugal o país da europa onde estes pontos são mais evidentes (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2016)

O envelhecimento é um processo complexo. A nível biológico, o envelhecimento é associado ao somatório de uma grande variedade de danos moleculares e celulares, verificando-se ao longo do tempo que estes danos conduzem a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, aumento do risco de adquirir diversas doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo. Em última instância, resulta no falecimento (Kirkwood, 2008; WHO, 2015).

O envelhecimento é encarado como um processo de ganhos e de perdas que decorre ao longo da vida e encontra-se profundamente marcado por transições. Estas ocorrem a nível biológico, psicológico e social, e são transições de saúde-doença vivenciadas pela população idosa que podem precipitar o seu internamento (Schumacher, 1999).

A queda é a principal fonte de lesões fatais e não fatais nos idosos, sendo que a maioria destas lesões são menores, tais como, escoriações, hematomas ou distensões, porém estas lesões, no idoso, provocam uma maior incapacidade, um aumento da hospitalização, maior risco de dependência assim como o risco de morte (WHO, 2007; *American Geriatrics Society* (AGS), 2011; *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), 2015).

Segundo o *Global Report on Falls Prevention in Older Age* da WHO (2007), as quedas são um problema de saúde em todas as regiões do mundo que se deparam com o impacto do envelhecimento da população, aspeto este reforçado por Akyol (2007) e Hester &

Wei (2013) quando afirmam que 1/3 das pessoas caem em contexto comunitário e nos lares estes números são significativamente mais elevados. A institucionalização dos idosos está relacionada com história prévia de quedas, das quais resultam normalmente alterações funcionais importantes (Akyol, 2007).

A queda no idoso é uma questão grave de saúde pública, uma vez que ocorre com frequência e pode ter consequências graves na vida do idoso observando-se que as quedas são a terceira causa de incapacidade crônica em idosos, sendo responsáveis por uma elevada morbidade, mortalidade e sofrimento (Todd & Skelton, 2004; Rubenstein, 2006; WHO, 2007).

O impacto da queda na Pessoa Idosa ultrapassa a lesão física, sendo referido por vários autores que após uma queda o idoso desenvolve sentimentos de preocupação, receio de não conseguir retomar as suas atividades do quotidiano, falta de confiança, e predominantemente medo de voltar a cair, situação esta que conduz o idoso a reduzir a sua atividade diária, diminuir a massa muscular e indiretamente propor-se a nova queda por aumento da fragilidade (Zijlstra, 2007; Jung, 2008).

A hospitalização pode ser percecionada como positiva e necessária para a cura, num ambiente em que o idoso se sente protegido, ao ter acesso imediato a cuidados dos profissionais de saúde. Contudo, pode também constituir uma ameaça, ao ser percecionada de forma negativa, como um ambiente estranho, gerador de ansiedade e limitações, constituindo um evento crítico no processo de transição saúde-doença (Meleis, 2005). A Fratura da Anca como consequência de queda representa para a Pessoa Idosa um acontecimento causador de dependência no autocuidado e consequentemente responsável pela diminuição na perceção da qualidade de vida (Holt, 2008; Papaioannou, 2009), e ainda responsável também em muitos idosos na não recuperação do seu nível funcional prévio, ficando estes com algum grau de dependência na concretização das Atividades de Vida Diária (Costa, 2009).

O efeito da vulnerabilidade que se observam no envelhecimento, traduzida por mudanças intrínsecas ao próprio processo, são potencialmente responsáveis pela alteração do estado de saúde da Pessoa Idosa em situação de hospitalização, nomeadamente na recuperação das alterações ocasionadas quer pelo procedimento anestésico, como pelo procedimento cirúrgico, pelo que a atitude de cuidado requer respeito ao direito do cliente na tomada de decisão sobre a sua doença e o seu corpo, exercitando o respeito à dignidade humana como prática no quotidiano hospitalar (Carretta, 2011).

O efeito da vulnerabilidade traduz-se em focos de atenção da intervenção do enfermeiro com resultados sensíveis aos cuidados salientando-se a importância da utilização de instrumentos, nomeadamente o desenvolvido por Terry Fulmer (2007), uma vez que motiva para as necessidades e complicações mais comuns dos idosos nos seus diferentes contextos de vida, permitindo ao enfermeiro aplicar intervenções preventivas e terapêuticas, utilizando como base o Processo de Enfermagem, como um instrumento facilitador para o julgamento clínico da prevenção, identificação e intervenção, e a partir do qual norteia o mapa de cuidados.

O instrumento desenvolvido por T. Fulmer e conhecido como SPICES é um alicerce para a análise das necessidades/focos de atenção, referidas pela autora como as “*marker conditions*”, na hospitalização da Pessoa Idosa com Fratura da Anca em situação de pós-operatório, uma vez que o hospital é um ambiente adverso e provoca na Pessoa Idosa alterações nos seus padrões habituais sendo a cirurgia um forte contributo para alterações do padrão de sono, alimentar, eliminação, risco de estados confusionais, risco de queda e risco de úlceras de pressão.

1.1 Fratura da Anca

A fratura da extremidade proximal do fémur (vulgarmente denominada, quer por profissionais de saúde quer a nível de estudos científicos, por Fratura da Anca) é segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2003) uma “fratura respeitante ao segmento ósseo demarcado proximalmente pelo limite inferior da cabeça do fémur e distalmente por um nível situado 5 cm abaixo do limite inferior do pequeno trocânter”, a qual pode é ilustrada na figura 1.

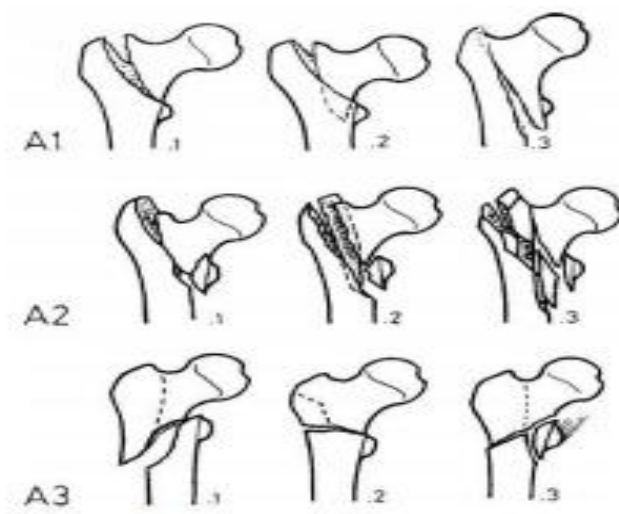


Figura 1. Classificação AO (Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen) de Fraturas (Adaptado de Schipper, 2001).

Nesta figura está representando o sistema de classificação mais usada atualmente, do grupo AO, sendo as fraturas divididas em trocântéricas (acima da linha intertrocântica e abaixo do limite distal do pequeno trocânter), do colo do fêmur (localizadas entre a cabeça e a área trocântérica, dividindo-se em subcapitais, transcervicais e basicervicais) e subtrocântéricas (restritas ao segmento entre o limite inferior do pequeno trocânter e um nível de 5 cm abaixo dele) (DGS, 2003).

Nesta sequência, reserva-se o tratamento, a estabilização cirúrgica, para a fratura trocântérica e tem como objetivo a redução anatômica e subsequente fixação estável, para o alívio da dor e retorno precoce à marcha e independência prévia, reservando-se o tratamento não cirúrgico aos clientes que apresentem comorbidades com um risco elevado para suporte anestésico, procedimento cirúrgico ou ambos (Kaplan, 2008).

Este tipo de fratura ocorre com frequência na pessoa idosa sendo uma causa habitual de morbidade e mortalidade neste grupo etário. Com o aumento da esperança média de vida associado à melhoria dos cuidados de saúde verifica-se um aumento gradual da incidência deste tipo de patologia (Pais, 2014; Semple, 2007), estimando-se na União Europeia, uma incidência anual de fraturas deste âmbito de 125 mil para 1 milhão (Santos, 2010). Acrescentando que Portugal é o sexto país da Europa mais envelhecido com um Índice de Envelhecimento de 129, 6 % (Instituto Nacional de Estatística, 2013) compreende-se que a ocorrência de Fratura da Anca no nosso país acompanhe a tendência descrita, aumentando

assim a sua incidência, o que levou a Organização Mundial da Saúde a considerar as fraturas do proximal do fémur como um importante problema de saúde pública, não só em países desenvolvidos, como também nos que estão em desenvolvimento (Freitas, 2006).

Este tipo de fratura é mais frequente na oitava e nona década de vida, em mulheres e surge por trauma de baixa energia, estando associado a osteoporose, desnutrição, diminuição das atividades de vida diária, da acuidade visual assim como dos reflexos e musculatura (Arliani, 2011). Verifica-se que este tipo de fratura é responsável por uma percentagem importante de perda funcional e mortalidade por surgir em pessoas com comorbilidades importantes e com elevado risco de complicações pós-operatórias. Nos estudos realizados em Portugal, a taxa de mortalidade aos 3 e 6 meses após a alta hospitalar foi de 10,2 % e 14,1 %, respetivamente (Pais, 2014).

A preparação para a alta de um cliente submetido a cirurgia da anca pós fratura deverá iniciar-se precocemente, quer com o cliente quer com a família deste de forma a promover uma adaptação à nova realidade de forma segura sempre com o objetivo de evitar um regresso à urgência hospitalar. Existem hoje soluções adaptadas às diferentes necessidades, desde reajustes no domicílio, ajudas técnicas, cuidados de reabilitação, apoio domiciliário ou ainda o suporte em Centros de Dia, no entanto por diferentes motivos nalguns casos não é possível manter o cliente idoso em convalescença no domicílio e a decisão parte para a institucionalização deste.

1.2. Diabetes Mellitus Tipo II

A Diabetes *Mellitus* é descrita pela Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD) como uma “desordem metabólica de etiologia múltipla, caracterizada por uma hiperglicemia crónica com distúrbios no metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, resultantes de deficiências na secreção ou ação da insulina, ou de ambas”, (SPD, 2016), e exige um tratamento médico contínuo e educação para o autocontrolo da doença, com o propósito de prevenir complicações agudas assim como a redução destas a longo prazo (American Diabetes Association, 2008).

A longo prazo esta patologia provoca prejuízos, disfunções e falência de vários órgãos. É importante acrescentar que devido ao seu carácter silencioso, a presença de hiperglicemias durante muito tempo irá causar alterações patológicas e funcionais antes de ser

feito o diagnóstico (SPD, 2016), considerando-se as complicações *major* desta doença a doença cardiovascular onde se incluem as doenças coronárias e cerebrovascular, nefropatia, neuropatia, amputação e retinopatia (International Diabetes Federation (IDF), 2005; Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (PNPCD, 2010).

A Diabetes *Mellitus* atinge mais de 382 milhões de pessoas em todo o mundo, correspondendo a 8,3% da população mundial e continua a aumentar em todos os países, sendo Portugal o país que se posiciona entre os países Europeus que registam uma elevada taxa de prevalência da Diabetes, referida como sendo 12,9% em 2012, e que corresponde de 8% a 9% da despesa em Saúde em 2012 (Observatório Nacional da Diabetes, 2009; SPD, 2013).

A Diabetes *Mellitus* Tipo 2 aplica-se às pessoas que têm uma deficiência relativa de insulina. Verifica-se que estas pessoas são frequentemente resistentes à ação da insulina (Couto, 2002; SPD, 2016), é uma doença crónica com elevada prevalência e exige cuidados de saúde durante toda a vida da pessoa portadora desta doença (Ministério da Saúde, 2013), realce-se a importância de uma abordagem multidisciplinar no tratamento da Diabetes, a qual inclui o enfermeiro que deverá ter formação em cuidados com a Diabetes assim como com competências pedagógicas na educação da pessoa adulta (IDF, 2012).

Aquando de hospitalização, todos os clientes com diagnóstico prévio de Diabetes *Mellitus* Tipo 2 e previamente tratados com insulina em ambulatório deverão manter insulino-terapia no internamento, com doses ajustadas à sua condição clínica (Dungan, 2009), sendo o ajuste terapêutico de acordo com o motivo da admissão, o *stress* clínico, regimes medicamentosos instituídos, alterações de ingestão calórica e atividade física (Umpierrez, 2012).

A preparação para a alta de uma pessoa com Diabetes *Mellitus* Tipo 2 começa no momento do internamento, complementa-se na equipa diferenciada e multidisciplinar e continua para o ambulatório quando a pessoa tiver alta hospitalar (Louro, 2010; *American Diabetes Association*, 2014). É essencial assegurar a transição do hospital para o ambulatório neste contexto de forma a diminuir o recurso à urgência e/ou reinternamento por descompensação glicémica. No momento da alta a informação sobre as alterações da medicação, resultados de exames complementares e o seguimento programado, devem ser transmitidas de forma clara e eficaz à equipa que prestará cuidados no ambulatório (Médico e Enfermeiro de família, familiares ou outros cuidadores, assistente social, equipa de cuidados

continuados, paliativos, lar de idosos, etc.) (Umpierrez, 2012, American Diabetes Association, 2014).

1.3. Hipertensão Arterial

A Hipertensão Arterial é descrita pela elevação da pressão do sangue arterial sobre a parede das artérias para valores acima dos considerados normais: ≥ 140 mmHg TA sistólica e/ou ≥ 90 mmHg e TA diastólica (Carrageta, 2010; Cortez-Dias, 2009).

A Hipertensão Arterial é considerada na atualidade um grave problema de saúde pública, calculando-se que a prevalência mundial seja de 25% a 30 % (sendo em Portugal de 42, 62 %, sendo o grupo etário dos 65 aos 84 anos na ordem dos 52 % (Nogueira, 2009; INSA/INE, 2009).

A Hipertensão Arterial na Pessoa Idosa deve ser tratada verificando-se em vários estudos que é uma das grandes causas de morbilidade e de mortalidade, tanto no adulto jovem como nos idosos (Brandão, 2002; Faulhaber, 2008).

Com o envelhecimento verifica-se um aumento da tensão arterial sistólica o que é compreendido pela perda de distensibilidade e elasticidade dos vasos de grande calibre, resultando num aumento da velocidade de onda de pulso (Brandão, 2002).

O tratamento da Hipertensão Arterial tem como objetivo primordial a redução da morbilidade e mortalidade vascular a longo prazo, fixando como objetivo uma Tensão arterial sistólica < 140 mmHg e Tensão arterial diastólica < 90 mm HG (Nazaré, 2008), devendo ser nos doentes diabéticos inferiores 130-80 mmHg.

Os fármacos pertencem a diferentes categorias e são prescritos de acordo com a ação pretendida tendo sempre como objetivo prevenir o risco de complicação cardiovascular, uma vez que não curam a Hipertensão Arterial, somente a controlam. Uma vez iniciada a terapêutica farmacológica, ela deverá ser continuada e mantida por toda a vida. Associado ao tratamento farmacológico somam-se as mudanças nos comportamentos e hábitos de vida. Estas mudanças não devem ver-se como limitações na vida das pessoas, mas sim oportunidades para melhorar a qualidade de vida e a longevidade (Pérez, 2003).

Como contributo para um controle eficaz da hipertensão Arterial, o cliente tem que saber o que é a sua doença, fatores de risco nomeadamente o de risco de queda, complicações a terapêutica e os efeitos desta porque só assim a pessoa com Hipertensão Arterial se consciencializa desta e pode desenvolver o Autocuidado (Riccio, 2001).

1.4 A Teoria Do *Déficit* do Autocuidado numa Pessoa Idosa em contexto hospitalar por queda

A noção de teorias de cuidados de enfermagem surge em 1978, justificando Collière (1999) como, uma tomada de consciência da necessidade dos conhecimentos para uma boa prática de enfermagem. Nesta sequência de pensamento, Hickman (1995) ao citar Meleis (1991) afirma que uma teoria de enfermagem é “... uma conceitualização articulada e comunicada da realidade inventada ou descoberta na enfermagem com a finalidade de descrever, explicar, prever ou prescrever o cuidado de enfermagem” (Hickman, 1995, p.12).

As teorias de enfermagem constituem os pilares para a cientificidade da profissão na atualidade, contribuindo para que o enfermeiro implemente o cuidado metodológico na sua rotina de trabalho, facto este sustentado por Alligood e Tomey (2004) quando afirmam que “a teoria não só “é essencial para a existência da enfermagem enquanto disciplina académica, como também é vital para a prática da profissão” (Alligood e Tomey, 2004).

Na vida de uma pessoa idosa ocorrem acontecimentos que originam mudanças que conduzem a experiências de transição. A mesma deve ser interpretada de forma singular, pois o acontecimento que a provocou é percecionado de forma diferente por cada indivíduo e interfere na relação deste com o meio ambiente, social e familiar e ainda com a perceção que este tem de si próprio. A eficácia da adaptação à mudança operada pela transição exige o desenvolvimento de novas competências o qual deve ser feito pelo enfermeiro a partir de ações que promovam o autocuidado (Meleis, 2010).

A enfermagem enquanto ciência do cuidar tem como principal propósito considerar as necessidades das pessoas, e para Dorothea Orem, estas necessidades estão relacionadas com o *déficit* de autocuidado, sendo o enfermeiro o principal ator para estimular a orientação para o autocuidado, promovendo a prevenção, a cura e a reabilitação, tendo em consideração as crenças, os hábitos, os valores e práticas que caracterizam o grupo de pessoas a serem objeto de intervenção de enfermagem (Taylor in Tomey & Alligood, 2002).

Identificam-se na sua teoria cinco pressupostos subjacentes à teoria geral de enfermagem os quais o enfermeiro pode utilizar para prestar cuidados de enfermagem baseados no Autocuidado, como o agir ou fazer para a outra pessoa, guiar e orientar, proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e ensinar, podendo o enfermeiro utilizar todos ou só um destes métodos de forma a prestar cuidados com autocuidado (Taylor in Tomey & Alligood, 2002).

Ainda nesta linha de pensamento, Orem afirma que a Teoria do *Déficit* de Autocuidado estabelece a relação existente entre a capacidade de ação do indivíduo e a sua demanda para o autocuidado, assumindo o termo *défice* uma relação entre as ações que os indivíduos deveriam desenvolver e aquelas em que demonstram capacidade, no sentido de manter a vida, a saúde e o bem-estar (Orem, 2001).

Quando surge uma doença ou há um declínio na capacidade do autocuidado do indivíduo, surge a necessidade de um elemento da família assumir a responsabilidade dos cuidados. Assumir o papel de cuidador, pressupõe uma transição específica que ocorre na família como resposta a uma mudança no estado de saúde da mesma, sendo esta uma transição significativa, não só pela circunstância em si, mas também porque surge em simultâneo com outros eventos (Shumacher, 1999). Neste contexto, percebe-se que a transição é um processo moroso que pressupõe adaptação da pessoa/família à nova situação, dotando-a de novas capacidades, devendo esta adotar uma postura pró-ativa.

Entende-se, assim, que a Teoria do *Déficit* de Autocuidado é aplicável ao ambiente e ao seu cuidador/e no domicílio e/ou lar/outro, ainda, que as ações de autocuidado podem ser implementadas junto aos *déficits* de autocuidado, colaborando com o cliente a vencer as suas dificuldades e limitações, pois, muitas vezes, o ambiente é inadequado, em que a pessoa cuidadora não possui habilidades, nem capacitação para cuidar, necessitando de ajuda e orientação do Enfermeiro. Neste sentido, o cuidador precisa, realmente de ter o seu papel reconhecido como facilitador do plano terapêutico devidamente estruturado.

Na aquisição do papel o cuidador pode manifestar dificuldades na execução, percepção e adequação à sua nova função. O cuidador refere incerteza, pouca preparação, pouco conhecimento e sente que necessita de mais informação, recursos materiais e humanos, do auxílio de profissionais da área da saúde e por vezes ajuda económica (Archbold, 1990; Imaginário, 2003).

A enfermagem deve contribuir para facilitar um processo de transição saudável, diminuindo ou mesmo eliminando uma transição desadaptada, o que significa promover bem-estar e facilitar a forma de lidar com a experiência da transição. Para o efeito, os enfermeiros estabelecem as intervenções adequadas a cada situação com vista a facilitar o processo (Meleis, 1994).

2. PROCESSO DE ENFERMAGEM

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010), “os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns - a atuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Com o objetivo de atingir elevados níveis de qualidade, também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem” (OE, 2010), neste sentido os enfermeiros devem sustentar o seu trabalho de forma a orientarem a prática.

A avaliação multidimensional do idoso é claramente um forte contributo para a melhoria da condição geral deste, na prevenção de recaídas e de complicações, assim como na diminuição do tempo de tratamento e no internamento em lares (Chaibi, 2011; Graf, 2011; Lihavainen, 2012), sendo a mesma recomendada pela Direção Geral de Saúde através do Programa Nacional para a Saúde da Pessoa Idosa (2006). É assim necessário realizar uma avaliação compreensiva e multidimensional dos idosos, que tenha como objetivo identificar perturbações funcionais, físicas, mentais e sociais e desta forma contribuir para uma intervenção com vista à manutenção e/ou recuperação de capacidades (OMS, 2003; Tanja, 2015), atendendo que a incapacidade funcional, como a dependência, é um conceito multidimensional, que incorpora fatores físicos, mentais, cognitivos, sociais, económicos e ambientais (OMS, 2003).

Nesta sequência, perante esta cliente, efetuei o processo de enfermagem segundo as orientações fornecidas pelo aplicativo informático hospitalar SClínico versão 2.0 (avaliação inicial e mapa de cuidados). Adicionei ainda o genograma e o ecomapa (Anexo 1).

De forma a promover a autonomia e a proporcionar continuidade da manutenção da sua identidade e conforto, através da individualização e humanização dos cuidados de enfermagem prestados a este cliente, e com a finalidade de prevenir a dependência do idoso no internamento, adotei alguns instrumentos de avaliação do idoso, de forma a identificar fatores de risco potenciais que possam intervir quer evolução da situação clínica, como no seu bem-estar São eles: avaliação do estado nutricional através do *Mini Nutritional Assessment*; Escala modificada de *Barthel*; Avaliação do risco de queda; Avaliação do risco de úlceras de pressão e Escala qualitativa da dor. Foi ainda efetuada a lista de verificação cirúrgica,

procedimento aplicado a todos os clientes com ida programada para o bloco operatório (Anexo 2).

A escolha destes instrumentos de avaliação, foram de encontro às necessidades que são delicadas ou apresentam vários problemas de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A necessidade de cirurgia provoca sentimentos de ansiedade no cliente pois vai-se deparar com uma situação que desconhece, fragilizando-o.

Neste sentido cabe aos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros em contexto hospitalar contribuir significativamente para a construção da autonomia e participação das pessoas idosas na tomada de decisão sobre suas necessidades de atenção ou cuidado à sua saúde (Carreta, 2011).

Realizar uma intervenção cirúrgica pode significar para o cliente pôr a vida sob o controlo de outros e sujeitar-se à invasão do seu corpo e à possível presença de dor, pelo que os enfermeiros devem ser perspicazes no entendimento de que a experiência cirúrgica, constitui um desafio ao normal funcionamento do organismo para a pessoa, podendo constituir uma interrupção do processo contínuo de saúde, pelo que se torna essencial que os enfermeiros, desenvolvam competências relacionais e de parceria com a pessoa idosa, contribuindo de forma significativa para o seu percurso de vida e de saúde.

Nesta sequência foi efetuado um processo de enfermagem a uma cliente idosa internada após queda no domicílio, de acordo com as orientações fornecidas pelo aplicativo informático SClínico versão 2.0 (avaliação inicial e mapa de cuidados). O Genograma e o Ecomapa surgem como instrumentos para melhor compreensão do processo familiar desta.

Os enfermeiros peritos nos problemas específicos dos idosos são mais capazes de antecipar a sua ocorrência e tomar medidas para a prevenção das mesmas, nomeadamente das quedas, reconhecendo que cuidados de qualidade a uma pessoa idosa hospitalizada são os que conseguem prevenir a iatrogenese, mas a um custo aceitável para o cliente, promovendo o autocuidado e o conforto da pessoa idosa (Chang, 2003).

Penso ter alcançado os objetivos a que me propus inicialmente assim como ter dado o meu contributo para o bem-estar da cliente. A equipa contribuiu e ficou sensível para a importância da utilização de instrumentos de avaliação da pessoa idosa assim como incorporar os resultados desta avaliação na carta de alta para dar continuidade às necessidades da mesma, enriquecendo a humanização à pessoa Idosa e sua família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Diabetes Association. (2014). Standards of medical care in diabetes – 2014. *Diabetes Care*. 37(suppl 1).
- American Diabetes Association. (2008). Standards of medical care in diabetes – 2008. *Diabetes Care*. 31(suppl 1).
- Akyol, A.D. (2007). Falls in the elderly: What can be done? Journal Compilation, International Council of Nurses, 191-196.
- Arliani, G. G., Astur, D. D. C., Linhares, G. K., Balbachevsky, D., Fernandes, H. J. A., & Reis, F. B. D. (2011). Correlação entre tempo para o tratamento cirúrgico e mortalidade em pacientes idosos com fratura da extremidade proximal do fêmur. *Rev Bras Ortop*, 46(2), 189-94.
- Barkhausen, T., Walker, U., Pradier, E., Mueller, C., Theile, G. (2015). “It’s Magic”- development of a manageable geriatric assessment for general practice use. *BMC Family Practice*. 16(1) 4.
- Brandão, A.P., Brandão, A.A., Freitas, E., Magalhães, M., & Pozzan, R. (2002). Hipertensão arterial no idoso. In Freitas, E. V., Py, L. A.L. *Tratado de geriatria e gerontologia* (Cap. 30, pp. 249-262). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Carrageta, M. (2010). *Como ter um coração saudável*. Guia para prevenir e curar as doenças cardiovasculares. Lisboa: Âncora Editora.
- Carretta, M.B., Bettinelli, L.A., Erdmann, A.L. (2011). Reflexões sobre o cuidado de enfermagem e a autonomia do ser humano na condição de idoso hospitalizado. Brasília, *Rev. bras. Enferm*.
- Chang, E., Chenoweth, L., & Hancock, K. (2003). Nursing needs of hospitalized older adults. Consumer and nurse perceptions. *Journal of Gerontological Nursing*, 29 (9), 32-41
- Centers for Disease Control and Prevention - CDC- (2015). Costs of Falls Among Older Adults.
- Chaibi, P., Magné, N., Breton, S., Chebib, A., Watson, S., Duron, J.J.... Spano J. P. (2011). Influence of geriatric consultation with comprehensive geriatric assessment on final therapeutic decision in elderly cancer patients. *Crit Rev Oncol Hematol*. 79(3), 302-307.
- Collière, M. F. (1999). Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. 2.^a ed. Lisboa: Lidel.
- Costa, J., Ribeiro, A., Bogas, M., Costa, L., Varino, C., & Rodrigues, A. (2009) Mortality and functional impairment after hip fracture - A prospective study in a Portuguese population. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 34. Acedido a 09/10/2016. Disponível em:

http://www.spreumatologia.pt/sites/reumatologia.pt/files/publications/articles/ARP_2009_4_618_11_AO_-_Hip_Fracture_ARP2009_109AO.pdf.

- Cortez-Dias, N., Martins, S., Belo, A., & Fiuza, M. (2009). Prevalência e padrões de tratamento da hipertensão arterial nos cuidados de saúde primários em Portugal. Resultados do estudo VALSIM. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 28 (5), 499-523.
- Couto, L.M.S.L., Camarneiro, A.P.F. (2002) Desafios na Diabetes. Coimbra: Formasau.
- Direção Geral de Saúde (2003). *Fracturas da Extremidade Próxima do Fémur no Idoso- Recomendações para Intervenção terapêutica*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral de Saúde (2010). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral de Saúde (2006). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa: DGS.
- Faulhaber, H-D. (2008). *A hipertensão*. Barcarena. Editorial Presença.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Freitas, E.V. & Py, L. (2006). *Tratado de Geriatria e gerontologia*. 2a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Fulmer, T. (2007). Fulmer SPICES: a framework of six “marker conditions” can help focus assessment of hospitalized older patients. *Advanced Journal of Nursing*, 107 (10). 40-48.
- Godinho, C., Jordão, A., Dias, A., Lopes, A., Duarte, A., Carvalho, D.... Duarte, R. (2015). Recomendações Conjuntas da Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD) /Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI) sobre a Abordagem e Tratamento da Hiperglicemia em Internamento (Não Crítico). Acedido em 11/10/2016. Disponível em: www.spmi.pt/pdf/20150521_recomendacoes_SPD_SPMI.pdf
- Graf, C.E., Zekry, D., Giannelli, S., Michel, J., Chavalley, T. (2011). Efficiency and applicability of comprehensive geriatric assessment in the Emergency Department: a systematic review. *Aging Clinical and experimental research*. Volume 23(4), 244-254.
- Hester, A. L. & Wei, F. (2013). Falls in community: state of the science. *Clinical interventions in Aging*. 8, 675-679.
- Hickman, J.S. (1995) An introduction to nursing theory. *Nursing theories: the base for professional nursing practice*. London: Prentice-Hall.
- Holt, G., Smith, R., Duncan, K., Hutchison, J. & Gregori, A. (2008). Outcome after surgery for the treatment of hip fracture in the extremely elderly. *The Journal of Bone & Joint Surgery*, 90(9), 1899-1905.

- IDF Clinical Guidelines Task Force. (2005) *Global guideline for Type 2 diabetes*. Brussels: International Diabetes Federation.
- Imaginário, C.M.I., (2004). *O Idoso Dependente Em Contexto Familiar-Uma Análise Da Visão da Família e do Cuidador Principal*. Coimbra: Formasau.
- Jung, D. (2008). Fear of falling in older adults: comprehensive review. *Asian Nurs Rer* (Korean Soc Nurs Sci). 2 (4), 214 - 222.
- Kaplan, K., Miyamoto, R., Levine. B., Egol, K. & Zuckerman, J. (2008). Surgical management of hip fractures: an evidence based review of the literature. *J Am Acad Orthop Surg*. 16(11),665-73.
- Kirkwood, T. (2008). A systematic look at an old problem. *Nature*, 451, 644-647.
- Louro, J., Ricciulli, M. (2010). Protocolo de Tratamento da Hiperglicémia no Doente Não Crítico no Internamento, *Revista Portuguesa de Diabetes*. 5 (4), 162-167.
- Lihavainen, K., Sipilä, S., Ratanent, T., Seppänen, J., lavikaine, P., Sulkava, R., Hartikainen, S. (2012). Effects of comprehensive geriatric intervention on physical performance among people aged 75 years and over. *Aging Clinical and Experimental Research*. 24(4): 331-338.
- Meleis, A.I., Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions : redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*. Vol.42(6), 255-259.
- Meleis, A. I. (2005). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. 3º ed. London: Lippincott.
- Nogueira, J. (2009). Terapêutica anti-hipertensiva em cuidados de saúde primários. A experiência do estudo VALSIM. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 28 (5), 525-532.
- Observatório Nacional da Diabetes (2015). *DIABETES Factos e números o ano de 2014*. Lisboa, Observatório da Diabetes.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde, OPSS. (2012). *Relatório de Primavera 2011: Da depressão da crise para a governação prospetiva da saúde*. Coimbra e Évora: OPSS, IDES e Fundação Calouste Gulbenkian.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde, OPSS. (2016). *Relatório de Primavera 2016: SAÚDE procuram-se NOVOS caminhos*. Coimbra, Évora e Lisboa: OPSS e INODES.
- OMS & DGS (2004). CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa.
- OMS & DGS, (2003). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem comunitária e saúde pública. Acedido a 8/10/2016. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt.

- Ordem dos Enfermeiros (2015). *DEONTOLOGIA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM*. Acedido a 8/10/2016. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt.
- Orem, D. E. (2001). *NURSING Concepts of Practice*. (6ª ed.) Canadá: Mosby.
- Pais, N. Brandão, A. & Judas, F., (2014). Cavilha cefalomedular antirrotativa versus placa e parafuso dinâmico no tratamento de fraturas trocantéricas instáveis da anca. Acedido a 8/10/2016. Disponível em: [http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/1702/1/fraturas %20trocantéricas.pdf](http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/1702/1/fraturas%20trocant%C3%A9ricas.pdf).
- Papaioannou, A., Kennedy, C., Ioannidis, G., Sawka, A., Hopman, W., Pickard, L., Adachi, J. (2009). The impact of incident fractures on health-related quality of life: 5 years of data from the Canadian Multicenter Osteoporosis Study. *Osteoporosis International*, 20(5), 703-714.
- Pérez, J., & Unanua, A. (2003). *Hipertensão arterial*. Rio de Mouro: Everest Editora.
- Plano Nacional de Saúde -PNS- (2013). *PNS 2012-2016*. Acedido a 10/10/2016. Disponível em <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>.
- Riccio, G.M.G., Silva, R.C, G. (2001). O diagnóstico de enfermagem "déficit de conhecimento" é indicador da presença de má adesão ao tratamento por hipertensão? *Cad Centro Universitário S. Camilo*. 7(1): 37- 43.
- Rubenstein, L.Z. (2006). Falls in olden people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age Ageing*. 35 supl (2), 37- 41.
- Santos, C. I. R. R. (2010). *Os custos das fracturas de etiologia osteoporótica em mulheres: Institucionalização na Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) e Lares de 3ª idade* (Doctoral dissertation, Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa).
- Semple, T., & Toh, G. (2007). Anaesthesia and hip fracture: a review of the current literature. *Australasian anaesthesia*, 1-8.
- Schipper, I.B., Steyerberg, E.W., Castelein, R.M. & van Vugt, A.B. (2001) Reliability of the AO/ASIF classification for pertrochanteric femoral fractures, *Acta Orthopaedica Scandinavica*, 72:1, 36-41.
- Schumacher, K. L., Jones, P. S., & Meleis, A. I. (1999). Helping Elderly Persons in Transition: A Framework for Research and Practice. Acedido a 8/10/2016. Disponível em <http://repository.upenn.edu/nrs/10>
- Schumacher, K. L. (1995). Family caregiver role acquisition: Role-making through situated interaction. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 9(3), 211-226.
- Todd, C. & Skelton, D. (2004). What are the main risk factors for falls among older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? Europe Health Evidence Network Report. Copenhaga. 2004.

- Tomey, A. & Alligood, M. (2004). Teóricas de Enfermagem e a sua obra” / Modelos e teorias de enfermagem. (5.ª edição), Loures: Lusociência.
- The American Geriatrics Society -AGS- (2011). AGS/BGS Clinical Practice Guideline: Prevention of Falls in Older Persons. AGS.
- Umpierrez, G.E., Hellman, R. , Korytkowski, M.T., Kosiborod, M., Maynard, G.A., Montori, V.M. ... Van den Berghe G. (2012). Management of hyperglycemia in hospitalized patients in non-critical care setting: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 97(1):16-38.
- Uva, H., Victorino, P., Roquette, R., Machado, A., Dias, C. (2014). Prevalência e Incidência de Hipertensão arterial na população portuguesa Âmbito da atividade de investigação e Evolução das tendências. INSA.
- World Health Organization (2007). WHO Global report on falls prevention in older age. France: WHO.
- World Health Organization (2015). Global Recommendations on Physical Activity for Health. Physical Activity and Older Adults Recommended levels of physical activity for adults aged 65 and above. Acedido a 9/10/2016. Disponível em http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/en/.
- Zijlstra, G. A., van Haastregt, J. C. & Kempen, G. I. (2007). Interventions to reduce fear of falling in community-living older people: a systematic review. *J. Am. Geriatric Soc.* 55 (4), 603-615.

ANEXOS

PROCESSO DE ENFERMAGEM

1. AVALIAÇÃO INICIAL

Proveniência: Urgência / Transferência do Hospital Garcia de Orta

Motivo de Internamento: Edema da coxa esquerda; encurtamento do membro e rotação externa

Nome: M. F. R.

Idade: 84anos

Morada: Amora, Seixal (Lar)

Nome pelo qual gosta de ser tratada: F.

História da doença atual: A 20/09/2016 apresentava-se a deambular pelo corredor do Lar onde reside e sem motivo aparente cai. Nega ter tropeçado, tonturas ou outro desconforto apenas refere ter sentido “falta de força nas pernas” sic. É transportada para o Hospital Garcia de Orta, mas por a família ser do concelho da Amadora é solicitado por esta a transferência da cliente para o Hospital Fernando da Fonseca, a qual foi efetuada no final do dia 20 tendo a cliente dado entrada no serviço cerca das 00:30 min do dia 21/09/2016

Realizou exames complementares de diagnóstico no Hospital Garcia de Orta (Análises clínicas; ECG, Rx Tórax e RX ao Membro inferior esquerdo, que confirmaram fratura de anca à esquerda).

Ficou com agendamento de cirurgia para a manhã de 21/09/2016. Antes de ir para o Bloco Operatório é observada pelo clínico de Anestesia que a considerou APTA e solicitado à cliente que assinasse o consentimento informado para a intervenção cirúrgica o qual é efetivado pela sua filha em virtude da Srª F. não ver do olho direito.

Profissão: Auxiliar de Ação Educativa numa escola em Lisboa

Situação laboral: Reformada há 29 anos

Estado Civil: Viúva há 14 anos (marido faleceu com 74 anos com neoplasia do cólon)

Vive com: A seu pedido reside há 5 anos num Lar situado na Amora, Seixal em virtude de se ter sentido muito apesar de ter uma filha que a visitava com regularidade. A escolha do lar na Amora surge por se enquadrar dentro dos parâmetros económicos que a Srª F. e a sua filha podiam pagar (apesar de ter residido grande parte da sua vida na Amadora)

Nome da pessoa significativa: Filha (Srª D.F., 45 anos, casada e com dois filhos menores, 9 e 13 anos) e o genro (Sr. G.)

Rede de Suporte: Reforma; ADSE

Recursos familiares: A cliente refere que no Lar onde reside tem duas amigas próximas; a filha, o genro e os netos visitam-na semanalmente. Refere ter maior proximidade com o genro porque o considera mais afetivo e com maior disponibilidade para a ouvir.

A filha, genro e netos são saudáveis.

A filha e o genro trabalham ambos

Os pais da Sr^a F. faleceram, mas a Sr^a F. não sabe especificar a causa de morte. Tinha uma irmã que faleceu em jovem.

Crença espiritual: católica não praticante

Atividade de lazer: ver TV e falar com as duas amigas residentes no lar. Refere que o momento da “bica” sic, é dos que mais aguarda no decorrer do dia.

Dados de Saúde

Tem 84 anos e nasceu a 20/12/1931 no concelho de Castelo Branco.

Doenças conhecidas:

- Diabetes Mellitus Tipo 2 desde os 60 anos e Insulinotratada desde os 70 anos; (refere que inicialmente adaptou-se bem à autoadministração de insulina, mas desde que foi para o lar e com o agravamento da acuidade visual tem sido os cuidadores do lar a administrar assim como a fazer a vigilância da glicémia)
- Hipertensão Arterial desde os 70 anos, medicada.
- Cataratas e retinopatia em ambos os olhos, mas com maior severidade no olho direito, do qual está invisual.
- Hipercolesterolemia, medicada (não se recorda quando iniciou esta terapêutica)
- Depressão, medicada (refere alterações do sono desde que enviuvou e refere sentimentos de solidão e melancolia)
- Retinopatia e catarata bilateral
- Hipoacusia do ouvido direito

É seguida em regime privado do ponto de vista de clínica geral e oftalmologia numa clínica na Amadora e gosta de recorrer a esta clínica uma vez que tem a ADSE e tem dificuldade em ter médico de família no Centro de Saúde.

É a filha ou o genro que acompanham a Sr^a F. com regularidade ao médico que a segue.

Alergias: desconhece

Cirurgias anteriores: Cirurgia oftálmica a cataratas do olho esquerdo aos 70 e aos 78 anos. e a coluna dorsal em 2000 por hérnia discal.

Outros dados relevantes:

Menopausa aos 48 anos sem terapêutica hormonal de substituição. Não se recorda de ter feito densitometria para avaliação de densidade óssea;

- Refere uma queda na rua aos 79 anos da qual apenas resultou ligeira escoriação nos joelhos;

Regime medicamentoso no domicílio:

Medicamento	Jejum	Pequeno-almoço	Almoço	Jantar	Deitar
Flindix retard 20 mg		1		1	
Zanipress 20/10 mg		1			
Visacor 10 mg				1	
Persantin 75 mg		1		1	
Clamed 10 mg		0,5		1	
Seroquel SR 50 mg				1	
Insulina Levemir		20 UI			
Insulina Apidra		Conforme esquema: <100 -0 101-160 – 2 UI 161- 200 – 4 UI 201 – 250 – 6 UI 251 – 300 – 8 UI 300 – 10 UI			

Status Fisiológico

Temperatura Corporal (Cã): 36; 8

Frequência cardíaca: 84

Pressão arterial sistólica:130

Pressão arterial diastólica: 68

Peso (Kg): 66

Altura (cm): 160**SatO2:** 99%**Escala de dor (numérica):** 0

Glicémia capilar (mg/dl):156

IMC (Kg/m2): 25;78

Comunicação

Comunicação: mantida

Audição: apresenta hipoacusia à direita (anterior ao internamento)

Visão: comprometida. Catarata e retinopatia bilateral com ausência de acuidade visual à direita e visão reduzida à esquerda.

Dispositivo para visão: usa óculos que estão com a própria.

Respiração

Respiração: mantida

Respiração tipo: Toracoabdominal

Respiração profundidade: amplitude profunda

Tosse: ausente

Dispneia:

Ausente. Não evidencia sinais de dispneia e/ou dificuldade respiratória

Circulação:

Perfusão dos tecidos: mantida, normotérmica e com coloração rosada, sensibilidade mantida, mas com dificuldade nos pés, presença de pulso periférico filiforme, mas rítmico.

Digestão

Apetite reduzido; Paladar mantido;

Sem náuseas e/ou vômitos

Nutrição

Nº de refeições dia: 7

Restrições alimentares: Dieta diabética mole

Risco Nutricional (Resultado MUST): 0 – Risco reduzido de desnutrição

Mastigação: Não comprometida

Deglutição: Não comprometida

Alimentar-se: Necessita de ajuda

Prótese dentária: tem colocado

Eliminação:

Eliminação vesical: não comprometida

Ir à casa de banho: dependente

Hábitos diurnos: 3 a 6 mições

Urinar: Problemas ocasionais

Eliminação Intestinal: Não comprometida

Dispositivos e vias de drenagem: usa fralda

Tegumentos

Pele: Pele íntegra, seca

Risco de úlcera de pressão:

Score (escala de Braden): 18 (anexo 2)

Sistema neurológico

Consciência: Presente; acordada (Mini- mental – 21 (anexo 2)

Confusão: ausência

Orientação: Não alterada

Atividade motora

Mobilidade: adequada

Atividade física: acamada

Risco de queda: Médio

Score (escala de Morse: 80 (anexo 2)

História de quedas: Sim

Hábitos de exercício: Ausente

Força muscular: mantida

Rigidez articular local: Ausente

Espasticidade: Ausente

Convulsão: Ausente

Autocuidado

Higiene: cuidada; necessita de ajuda para tomar banho, arranjar-se e vestir-se

Alimentar-se: mantido

Beber: mantido

Emoções

Ansiedade: Presente

Reparação

Sono: comprometido. Faz medicação

Estado de Saúde/doença e Morte

Aceitação do estado de saúde/doença: Não comprometido

Adesão ao regime medicamentoso: Não comprometido

Adesão ao regime dietético: Não comprometido

Regime medicamentoso instituído no pós-operatório (21/09/2016 – 18:15)

<i>Medicamento prescrito</i>	<i>Forma</i>	<i>Dose</i>	<i>Via Administração</i>	<i>Freq /horário</i>
Cloreto sódio 0,9 % Suspende soroterapia após 48 h de pós-operatório, exceto nos doentes cujas obs. Da prescrição o contradigam; segundo PT.	Sol. Perf.	1000 cc	IV	19 (De acordo com glicémia capilar 6/6H)
Polieletrólítico Glucose 5% Suspende soroterapia após 48 h de pós-operatório, exceto nos doentes cujas obs. Da prescrição o contradigam; segundo PT	Sol. Perf.	1000 cc	IV	19 H (De acordo com glicémia capilar (6/6H)
Dipridamol	Comp.	75 mg	Oral	09:00 – 19:00
Enoxaparina,	Sol. Inj.	40 mg	Subcutânea	07:00
Escitalopram	Comp.	10mg	Oral	09:00
Esomeprazol Segundo PT	Comp	20 mg	Oral	07:00
Hidroxizina	Comp.	25 mg	Oral	23:00
Insulina lenta	Sol. Inj.	16 Unid.	Subcutânea	09:00
Zanipress	Comp.		oral	09:00
Visacor	Comp.		Oral	09:00 -19:00
Mononitrato Isossorbido	Comp.	20 mg	Oral	09:00 -19:00
Quetiapina	Comp.	50 mg		23:00
Tramadol Adicionar 0,625 mg de droperidol e diluir em 100 ml nacl 0,9% em 30`	Sol. Inj.	50mg/ml	IV	SOS

- Iniciou dieta líquida às 00:00 de 22/09/2016 e ligeira às 07:00 22/09/2016

Genograma

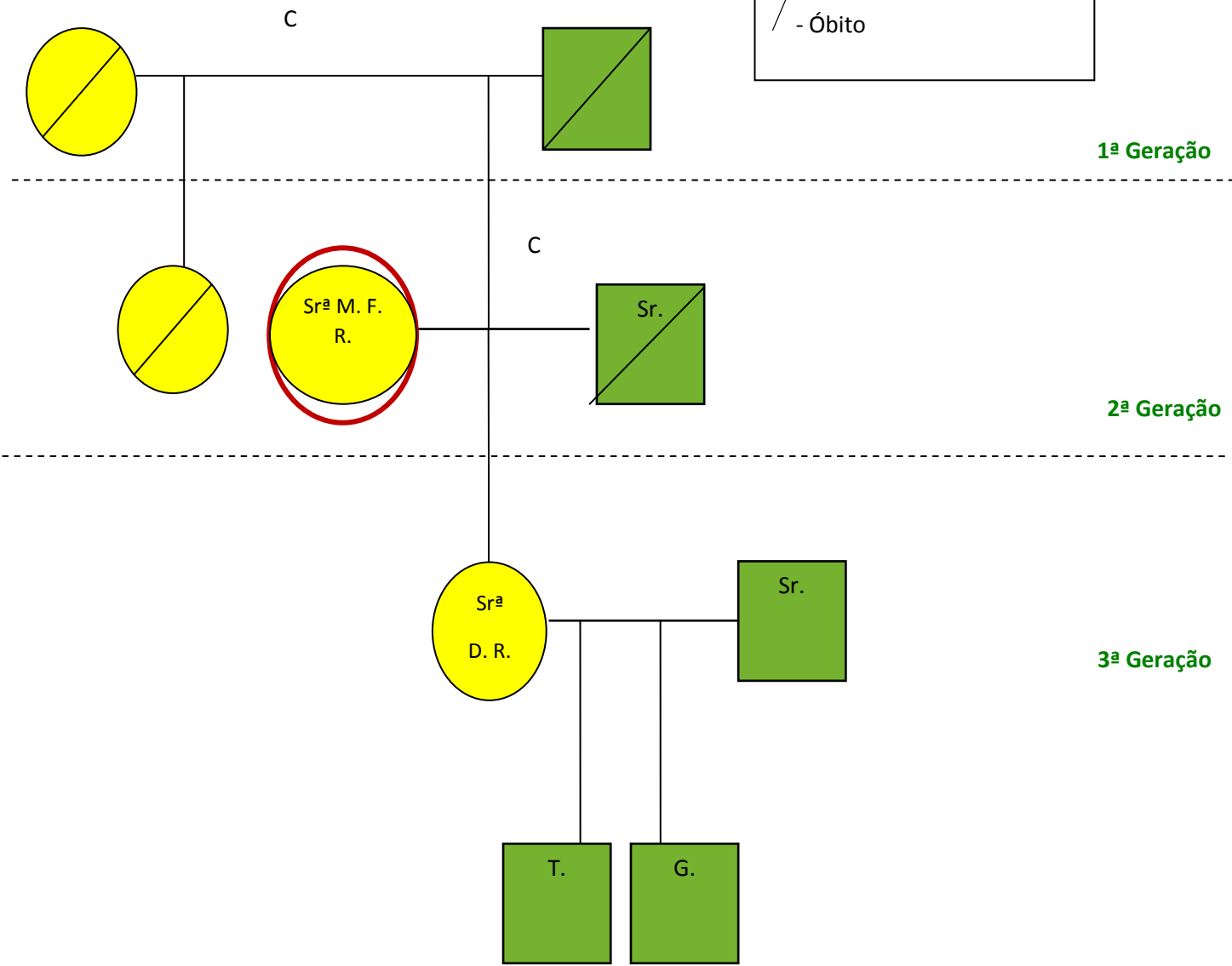
Legenda:

- Sexo Masculino

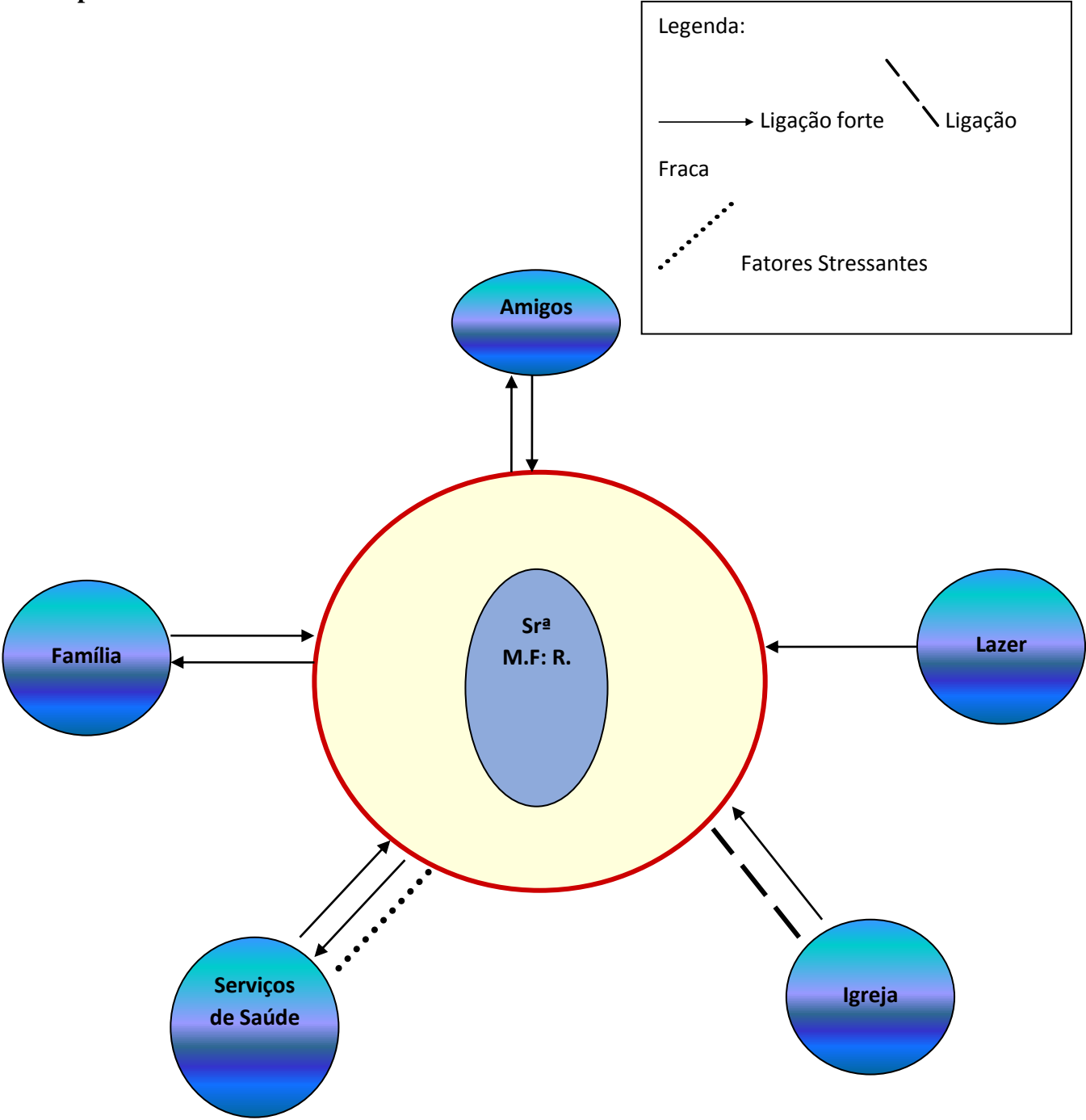
C - Casado

- Sexo Feminino

/ - Óbito



Ecomapa



2- MAPA DE CUIDADOS

(De acordo com o SClinico versão 2)

Data/ Hora	Atitudes Terapêuticas	Horário	Intervenção de Enfermagem	Avaliação/Resultado de Enfermagem
Início:21-09-2016 00:15H Termo:10 -09-2016 11:00H	Vigilância do estado de consciência	Sem horário (contínuo)	Realizado em todos os turnos de 21-09-2016 a 10-09-2016 Realização do Mini Mental	Consciente, orientada tempo-espacialmente Score 18
Início:21-09-2016 00:15H Termo:10-09-2016 11:00H	Parâmetro Vitais	Sem horário (contínuo)	Monitorização de Frequência cardíaca (ppm)) (considerou-se a avaliação das 07:00 – sem oscilações significativas ao longo do turno/dia)	21-09-2016 (pré-operatório) - 89 22-09-2016 (Pós-op. Imediato) -84 23-09-2016 (pós-op. Tardio – Inicia MFR) - 74 24-09-2016 - 76 25- 09-2016 - 72 (Cont.) 26-09-2016 (Alta Clínica) -71 27-09-2016 – 10-10-2016 (Aguardar RNCCI) - 74
Início:21-09-2016 00:15H Termo:10 -09-2016 11:00H	Parâmetros Vitais	Sem Horário (contínuo)	Monitorização de Tensão Arterial (mm Hg) (considerou-se a avaliação das 07:00 – sem oscilações significativas ao longo do turno/dia)	21-09-2016 (pré-operatório) - 130/68 22-09-2016 (Pós-op. Imediato) -143/68 23-09-2016 (pós-op. Tardio – Inicia MFR) – 121/59 24-09-2016 – 117/52 25- 09-2016 – 115/57 26-09-2016 (Alta Clínica) - 132/62 27-09-2016 – 10-10-2016 (Aguardar RNCCI) - 131/67

Data/ Hora	Atitudes Terapêuticas	Horário	Intervenção de Enfermagem	Avaliação/Resultado de Enfermagem
<p>Início:21-09-2016 00:15H</p> <p>Termo:10 -09-2016 11:00H</p>	Parâmetros Vitais	Sem Horário	Monitorização de Temperatura corporal (°C) (considerou-se a avaliação das 07:00 – sem oscilações significativas ao longo do turno/dia)	<p>21-09-2016 (pré-operatório) – 36,8</p> <p>22-09-2016 (Pós-op. Imediato) – 36,7</p> <p>23-09-2016 (pós-op. Tardio – Inicia MFR) – 36,6</p> <p>24-09-2016 – 36,7</p> <p>25- 09-2016 – 36,5</p> <p>26-09-2016 (Alta Clínica) - 36,8</p> <p>27-09-2016 – 10-10-2016 (Aguardar RNCCI) – 36,7</p>
<p>Início:21-09-2016 00:15H</p> <p>Termo:10 -09-2016 11:00H</p>	Parâmetros Vitais	Sem Horário	Monitorização de Saturação de Oxigénio (%) (considerou-se a avaliação das 07:00 – sem oscilações significativas ao longo do turno/dia)	<p>21-09-2016 (pré-operatório) – 98</p> <p>22-09-2016 (Pós-op. Imediato) – 98 (aporte de O2 por óculos nasais a 1L/min)</p> <p>23-09-2016 (pós-op. Tardio – Inicia MFR) – 99</p> <p>24-09-2016 – 98</p> <p>25- 09-2016 – 98</p> <p>26-09-2016 (Alta Clínica) – (não avaliada)</p> <p>27-09-2016 – 10-10-2016 (Aguardar RNCCI) – 05/10/2016 – 98%)</p> <p>Ritmo regular, simétrica, tipo toracoabdominal</p> <p>26-09-2016 (Alta Clínica) –) eupneica, amplitude profunda, ritmo regular, simétrica, tipo toracoabdominal</p> <p>27-09-2016 – 10-10-2016 (Aguardar RNCCI) – Eupneica, amplitude profunda, ritmo regular, simétrica, tipo toracoabdominal</p>

Data/ Hora	Diagnóstico de Enfermagem/Fenómeno	Status	Intervenção de Enfermagem	Horário	Avaliação/Resultado de Enfermagem
<p>Início:21-09-2016 00:15H Termo:07-09-2016 11:00H</p>	Autocuidado: Alimentar-se	Dependência: Alimentar-se Dependente em grau reduzido	<p>Vigiar a dieta Vigiar a refeição Gerir a dieta Gerir o ambiente físico durante a refeição Incentivar a pessoa a alimentar-se Assistir a pessoa a alimentar-se *Monitorizar o estado de nutrição através do Mini <i>Nutritional Assessment</i> (Anexo 2)</p>	<p>7H, 09H 11H 13H 16H 19H 22H</p>	<p>21-09-2016 (pré-operatório) – Dieta 0 22-09-2016 (Pós-op. Imediato) – Dieta líquida - Tolerou 23-09-2016 (pós-op. Tardio – Inicia MFR) – Dieta ligeira às 7H -Tolerou 24-09-2016 – Dieta Diabética mole - Tolerou 25- 09-2016 – Dieta Diabética Mole 26-09-2016 (Alta Clínica) – Dieta Diabética Mole 27-09-2016 – 07-10-2016 (Aguardar RNCCI) – Dieta Diabética Mole ↘ Consegue realizar autocuidado: alimentar-se</p>
<p>Início:21-09-2016 00:15H Termo:10-09-2016 11:00H</p>	Autocuidado: beber	Dependência: Beber Dependente em grau reduzido	<p>Dependência: Beber Dependente em grau reduzido * Vigiar a ingestão de líquidos *Incentivar a pessoa na ingestão de líquidos * Supervisionar autocuidado: beber</p>	Sem horário	<p>21-09-2016 (pré-operatório) -Dieta 0 22-09-2016 (Pós-op. Imediato) – Dieta líquida – Tolerou 23-09-2016 (pós-op. Tardio – Inicia MFR) – -Tolerou Líquidos 24-09-2016 – -Tolerou líquidos 25- 09-2016 – Tolerou líquidos 26-09-2016 (Alta Clínica) – Tolerou líquidos 27-09-2016 – 10-10-2016 (Aguardar RNCCI) – tolerou líquidos ↘ Consegue realizar autocuidado: beber ↘</p>

Data/ Hora	Diagnóstico de Enfermagem/Fenômeno	Status	Intervenção de Enfermagem	Horário	Avaliação/Resultado de Enfermagem
<p>Início:21-09-2016 00:15H</p> <p>Termo:10 -09-2016 11:00H</p>	Autocuidado: Higiene	Dependência: Higiene Dependente em grau moderado	<p>Vigiar autocuidado: higiene</p> <p>Monitorizar autocuidado através de escala de Barthel (anexo 2)</p> <p>Validar conhecimento sobre lavar as mãos</p> <p>Validar conhecimento sobre lavar a boca</p> <p>Assistir autocuidado: higiene na cama</p> <p>Supervisionar o autocuidado: higiene</p>	Turno fixo: Manhã	<p>21-09-2016 (pré-operatório) – Realizada higiene no leito</p> <p>Efetuada a monitorização com a escala modificada de Barthel face ao pré-internamento (valor obtido referente ao domicílio= 70</p> <p>22-09-2016 (Pós-op. Imediato) – Higiene no leito E. Barthel: 45</p> <p>23-09-2016 (pós-op. Tardio – MFR) – E. Barthel: 45</p> <p>24-09-2016 –</p> <p>25- 09-2016 –</p> <p>26-09-2016 (Alta Clínica) – Escala de Barthel: 40</p> <p>27-09-2016 – 07-10-2016 (Aguardar RNCCI) – Escala de Barthel: 40</p> <p> ↘ Dependência nos cuidados de higiene.</p> <p> ↘ Score na Alta: 40</p>
<p>Início:21-09-2016 00:15H</p> <p>Termo:10 -09-2016 11:00H</p>	Autocuidado: Vestuário	Autocuidado: Vestuário dependente em grau elevado	<p>Vigiar autocuidado: vestuário</p> <p>Monitorizar autocuidado através de escala de Katz (anexo 2)</p> <p>Supervisionar autocuidado: vestuário</p>	Sem horário	<p>21-09-2016</p> <p>Não consegue dispor roupas de forma a vestir-se</p> <p>Efetuada a monitorização com a escala de Katz face ao pré-internamento (valor obtido referente ao domicílio) = 6</p> <p> ↘ Consegue realizar autocuidado: vestuário</p> <p>10-10-2016</p> <p>Não consegue dispor roupas de forma a vestir-se</p> <p> ↘ Não consegue realizar autocuidado: vestuário</p> <p>Efetuada a monitorização com a escala de Katz</p> <p>Score na Alta = 1 (dependência grave)</p>

Data/ Hora	Diagnóstico de Enfermagem	Status	Intervenções de Enfermagem	Horário	Avaliação/Resultado de Enfermagem
<p>Início:21-09-2016 00:15H</p> <p>Termo:10 -09-2016 11:00H</p>	Autocuidado: Uso do sanitário	Dependência: Autocuidado: Uso do sanitário dependente em grau elevado	<p>Vigiar a eliminação urinária</p> <p>Monitorizar autocuidado através de escala de Katz (anexo 2)</p> <p>Providenciar arrastadeira</p> <p>Atender no uso da arrastadeira</p> <p>Vigiar eliminação intestinal</p> <p>Providenciar a arrastadeira</p> <p>Atender no uso da arrastadeira</p>	* Sem horário	<p>21-09-2016 (pré-operatório) – urinou a pedido (fralda)</p> <p>22-09-2016 (Pós-op. Imediato) – urinou a pedido</p> <p>Efetuada a monitorização com a escala de Katz face ao pré-internamento (valor obtido referente ao domicílio) = 6</p> <p>23-09-2016 (pós-op. Tardio – Inicia MFR) – urinou a pedido</p> <p>Evacuou a pedido</p> <p>24-09-2016 – Urinou a pedido</p> <p>25- 09-2016 – Urinou a pedido; evacuou a pedido</p> <p>26-09-2016 (Alta Clínica) – urinou a pedido; evacuou a pedido</p> <p>27-09-2016 – 10-10-2016 (Aguardar RNCCI) – urinou a pedido; evacuou a pedido</p> <p>Efetuada a monitorização com a escala de Katz</p> <p>Score na Alta= 1 (dependência grave)</p>
<p>Início:21-09-2016 00:15H</p> <p>Termo:10 -09-2016 11:00H</p>	Deambular	Deambular: Dependência em grau elevado	Incentivar a mobilidade	Sem horário	<p>21-09-2016 (pré-operatório) – Acamada – fratura instável</p> <p>22-09-2016 (Pós-op. Imediato) – Acamada</p> <p>23-09-2016 (pós-op. Tardio – Inicia MFR) – Iniciou levante com apoio - tolerou</p> <p>24-09-2016 – Levante - tolerou</p> <p>25- 09-2016 – Levante- tolerou</p> <p>26-09-2016 (Alta Clínica) – MFR – Colaborou nos exercícios propostos</p> <p>27-09-2016 – 07-10-2016 (Aguardar RNCCI) – Levante para cadeira de rodas. Não deambula sem apoio.</p> <p>Índice de Katz na alta = 1</p> <p>(dependência grave)</p>

Data/ Hora	Diagnóstico de Enfermagem	Status	Intervenções de Enfermagem	Horário	Avaliação/Resultado de Enfermagem
<p>Início:21-09-2016 00:15H</p> <p>Termo:10 -09-2016 11:00H</p>	Queda	Risco de queda	<p>Vigiar ação pessoa</p> <p>Vigiar atividade psicomotora</p> <p>Supervisar o posicionamento</p> <p>Gerir medidas de segurança através de grades da cama</p> <p>Gerir o ambiente físico</p> <p>Gerir regime medicamentoso</p> <p>Providenciar sistema de chamada</p> <p>Otimizar o calçado</p> <p>Restringir a atividade motora</p> <p>Assistir a pessoa a identificar condições de risco para a queda</p> <p>Assistir a pessoa na mobilidade</p> <p>Monitorizar risco queda com escala Morse (anexo 2)</p>	7/7 Dias	<p>21-09-2016 (pré-operatório) – Acamada</p> <p>Efetuada a avaliação do risco de queda (Morse Fall Scale – score = 60 – elevado risco de queda – colocada fita roxa</p> <p>22-09-2016 (Pós-op. Imediato) – Acamada</p> <p>23-09-2016 (pós-op. Tardio – Inicia MFR) – Mantém score</p> <p>24-09-2016 –25- 09-2016 – 26-09-2016 (Alta Clínica) – 27-09-2016 – 07-10-2016 (Aguardar RNCCI) – Score a 28/09/2016 – 60 (elevado risco de queda)</p> <p>Score na Alta:60 (Elevado risco de queda)</p>

Data/ Hora	Diagnóstico de Enfermagem	Status	Intervenções de Enfermagem	Horário	Avaliação/Resultado de Enfermagem
<p>Início: 21-09-2016 00:15H</p> <p>Termo: 10-09-2016 11:00H</p>	Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de pressão	<p>Vigiar a pele</p> <p>Vigiar posicionamento</p> <p>Otimizar roupas de cama</p> <p>Incentivar a pessoa a alternar posicionamentos</p> <p>Assistir a pessoa no posicionamento</p> <p>Monitorizar risco de úlcera de pressão através da "Escala de Braden"(anexo 2)</p>	2/2 dias	<p>21-09-2016 (pré-operatório) – Acamada</p> <p>Avaliação do risco de úlcera de pressão.</p> <p>Escala de Braden Score = 22- Baixo risco</p> <p>Pele íntegra, corada, hidratada, quente e seca</p> <p>22-09-2016 (Pós-op. Imediato) – Acamada</p> <p>Pele íntegra, corada, hidratada, quente e seca</p> <p>23-09-2016 (pós-op. Tardio – Inicia MFR) –</p> <p>Pele íntegra, corada, hidratada, quente e seca</p> <p>Mantém score</p> <p>24-09-2016 – Pele íntegra, corada, hidratada, quente e seca</p> <p>25- 09-2016 – Pele íntegra, corada, hidratada, quente e seca</p> <p>Mantem score</p> <p>26-09-2016 (Alta Clínica) –</p> <p>27-09-2016 – 07-10-2016 (Aguardar RNCCI) – Score a 27/092016 – 18</p> <p>Score na Alta: 18(Baixo risco)</p>

Data/Hora	.Diagnóstico de Enfermagem	Status	Intervenções de Enfermagem	Horário	Avaliação/Resultado de Enfermagem
<p>Início: 21-09-2016 00:15H</p> <p>Termo: 07-09-2016 11:00H</p>	Dor	Dor presente	<p>Vigiar dor</p> <p>Monitorizar a dor através de escala de dor</p>	Sem horário	<p>22-09-2016 (Pós-op. Imediato) – Escala de dor = 0 (fez analgesia às 0H e 9h profilática)</p> <p>23-09-2016 (pós-op. Tardio – Inicia MFR) – Escala de dor =0 (fez analgesia profilática às 9h- antes do 1º levante)</p> <p>24-09-2016 – Escala da dor= 0</p> <p>25- 09-2016 –</p> <p>26-09-2016 (Alta Clínica) –Escala da dor = 0</p> <p>27-09-2016 – 07-10-2016 (Aguardar RNCCI) – Escala da dor =0</p> <p>Tem alta a 07-10-2016- Não evidenciou dor na passagem para a marquesa dos bombeiros. Escala de dor=0</p>
<p>Início: 21-09-2016 00:15H</p> <p>Termo: 10-09-2016 11:00H</p>	Gestão de cuidados	<p>Gerir estado de saúde após a hospitalização</p> <p>Planeamento da alta</p>	<p>21/09/2016</p> <p>a</p> <p>10/10/2016</p>		<p>No início do internamento a filha da cliente referiu que o atual lar não permitia a admissão de clientes com o possível grau de dependência que a Srª M.F iria ficar.</p> <p>23/10/2016- Contatada Assistente Social</p> <p>Inicia-se processo de articulação com a RNCCI</p> <p>05/10/2016 – feito este processo de enfermagem e durante a visita da filha foi feito um levantamento sobre o incentivo da família a promover o autocuidado da Srª M.F.</p> <p>A filha foi pouco recetiva, mas o genro mostrou total disponibilidade para a tal.</p> <p>Foi feito reforço da importância da Srª MF manter-se em contato com a família, receber a visita dos netos, trazerem roupa confortável, mas de fácil acesso pela cliente para que esta continue a vestir-se com facilidade.</p> <p>Calçado adequado, aconselhando-se com a</p>

(CONT:)					<p>fisioterapeuta.</p> <p>Verificar com frequência os “pinos” do andarilho e/ou bengala para que não fiquem gastos e se necessário saber se é necessário fornecer fraldas.</p> <p>Reforçada a importância de continuarem a fazer a Srª MF sentir-se um elemento da família e telefonarem com regularidade mesmo que não possam visitá-la.</p> <p>Continuarem a privilegiar o momento da “bica” quando a visitam e levarem - na a locais onde possa contatar com gatos, pois são o seu animal preferido e referiu saudades de voltar a ter um.</p> <p>Nas datas festivas procurarem organizar-se para terem a presença na sua casa da Srª MF uma vez que esta referiu saudades de celebrar as datas festivas numa casa “de verdade”. Aproveitarem o seu aniversário que é próximo do Natal e tentarem celebrá-lo em conjunto.</p> <p>Motivarem os netos da Srª MF a telefonarem com regularidade à avó e quando a visitarem apoiarem-na na deslocação permitindo que ande com apoio. Falarem com a Srª do lado esquerdo e quando oferecerem presentes procurarem algo com volume uma vez que vê mal e assim poder “sentir” o presente. Reforçarem todos os “passos” que a Srª MF faz autonomamente realçando a sua capacidade de se cuidar.</p> <p>10/10/2016 – Incluir na carta de alta os scores dos instrumentos e reforçar a continuidade de cuidados na vigilância de glicémia atendendo ao <i>stress</i> cirúrgico</p> <p>Reforçar com a família a consulta do dia 17/10/2016</p>
---------	--	--	--	--	--

Data/ Hora	Diagnóstico de Enfermagem	Status	Intervenções de Enfermagem	Horário	Avaliação/Resultado de Enfermagem
<p>Início: 21-09-2016 00:15H</p> <p>Termo: 10-09-2016 11:00H</p>	<p>Gestão da condição crónica</p> <p>Pesquisa de Glicémia Capilar</p>		<p>Avaliar glicémia capilar</p> <p>Administrar insulina actrapid de acordo com prescrição/PT</p> <p>Administrar terapêutica subcutânea</p>	<p>01H</p> <p>07H</p> <p>13H</p> <p>19H</p>	<p>21-09-2016 (pré-operatório) – 94 mg/de</p> <p>22-09-2016 (pós-op.Imediato) – 156; 417; 345; 179 mg/dl (administrada insulina de acordo com o protocolo)</p> <p>23-09-2016 (pós-op. Tardio – Inicia MFR) – 200; 400; 380; 294 mg/dl (administrada insulina de acordo com o protocolo)</p> <p>24-09-2016 - 236; 187; 206; 156 mg/dl (administrada insulina de acordo com o protocolo)</p> <p>25-09-2016 – 208; 165; 182; 187 mg/dl (administrada insulina de acordo com o protocolo)</p> <p>26-09-2016 (alta clínica) – 179; 280; 190; 210 mg/dl (administrada insulina de acordo com o protocolo)</p> <p>27-09-2016 – 10-10-2016 (aguardar RNCCI) – (administrada insulina de acordo com o protocolo)</p>

Data/ Hora	Diagnóstico de Enfermagem	Status	Intervenções de Enfermagem	Horário	Avaliação/Resultado de Enfermagem
<p>Início:21-09-2016 00:15H</p> <p>Termo:07-09-2016 11:00H</p>	Infeção	Risco de infeção por presença de cateter venoso periférico	<p>Monitorizar Temperatura corporal</p> <p>Vigiar penso de cateter venoso periférico</p> <p>Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do cateter venoso periférico</p> <p>Otimizar cateter venoso periférico</p> <p>Trocar cateter venoso periférico</p> <p>Incentivar o uso de medidas de prevenção da contaminação</p> <p>Ensinar sobre medidas de prevenção de contaminação</p>	*Sem horário	<p>21-09-2016 (pré-operatório) – Inserido cateter venoso periférico no dorso da mão esquerda; colocada válvula anti refluxo</p> <p>22-09-2016 (Pós-op. Imediato) – Tem dois acessos venosos periféricos na mão esquerda - Soros alternados de acordo com a glicémia capilar</p> <p>23-09-2016 (pós-op. Tardio – Inicia MFR) – Mantem soro. Retirou-se o acesso da mão</p> <p>24-09-2016 – Mantem cateter venoso periférico com válvula anti refluxo</p> <p>25- 09-2016 – Mantem cateter venoso periférico com válvula anti refluxo</p> <p>26-09-2016 (Alta Clínica) – Mantém acesso venosos periférico com válvula anti refluxo</p> <p>27-09-2016 – 07-10-2016 (Aguardar RNCCI) – perdeu acesso a 09-10-2016.</p> <p>Fica sem acesso periférico.</p> <p>Sem sinais externos de inflamação (rubor e calor).</p>

MFR

86 Anos

5/10/2014

		Sim	Não
1	Está satisfeito com a sua vida?	0	(1)
2	Abandonou muitos dos seus interesses e actividades?	(1)	0
3	Sente que a sua vida está vazia?	(1)	0
4	Sente-se frequentemente aborrecido?	(1)	0
5	Na maior parte do tempo está de bom humor?	(0)	1
6	Tem medo de que algo de mal lhe aconteça?	1	(0)
7	Sente-se feliz na maior parte do tempo?	0	(1)
8	Sente-se frequentemente abandonado / desamparado?	1	(0)
9	Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas?	1	(0)
10	Sente que tem mais problemas de memória do que os outros da sua idade?	1	(0)
11	Actualmente, acha que é maravilhoso estar vivo?	0	(1)
12	Sente-se inútil?	(1)	0
13	Sente-se cheio de energia?	0	(1)
14	Sente-se sem esperança?	(1)	0
15	Acha que as outras pessoas estão melhores que o Sr./Sra.?	1	(0)

40

Depressão leve

Escola de Depressão Geriátrica de
Yessavage - Versão curta

MAR 24 AM

5/10/2016

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? 2016

Em que mês estamos? março

Em que dia do mês estamos? 1

Em que dia da semana estamos? segunda

Em que estação do ano estamos? outono

Em que país estamos? Portugal

Em que distrito vive? Lisboa

Em que terra vive? Amora/Alentejo

Em que casa estamos? Hospital FF

Em que andar estamos? 4º

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra 1

Gato 1

Bola 1

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27) 24) 21) 18) 15)

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra 1

Gato 1

Bola 1

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio 1

Lápis 1

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA" da faceta do Rei de Rússia

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita 1

Dobra ao meio 1

Coloca onde deve 1

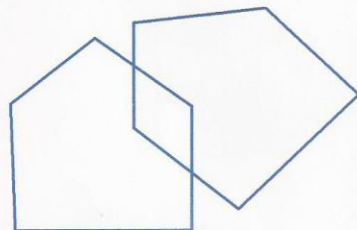
d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos 1

e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. (Dissi ento: "Gosto muito de café!")

6. Capacidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



(u carpejus u)

TOTAL(Máximo 30 pontos):

Mini-Mental State Examination

Escala de Katz

MFR

84 Anos

5/10/2014

Antes da queda / 5/10/2014

1- BANHO

☒ **Independente** (necessita de ajuda apenas para lavar uma parte do corpo, p.ex. costas ou extremidades)

☐ **Dependente** (necessita de ajuda para lavar mais que uma parte do corpo;
↑ necessita de ajuda para entrar e sair da banheira; não se lava sozinho)

2- VESTIR

☒ **Independente** (escolhe a roupa adequada, veste-a e aperta-a; exclui atar os sapatos)

☐ **Dependente** (precisa de ajuda para se vestir; não é capaz de se vestir)
↑

3- UTILIZAÇÃO DA SANITA

☒ **Independente** (não necessita de ajuda para entrar e sair do wc; usa a sanita, limpa-se e veste-se adequadamente; pode usar urinol pela noite)

☐ **Dependente** (usa urinol ou arrastadeira ou necessita de ajuda para aceder e utilizar a sanita)
↑

4- TRANSFERÊNCIA (cama / cadeirão)

☒ **Independente** (não necessita de ajuda para sentar-se ou levantar-se de uma cadeira nem para entrar ou sair da cama; pode usar ajudas técnicas, p.ex. bengala)

☐ **Dependente** (necessita de alguma ajuda para se deitar ou levantar da cama/
↑ cadeira; está acamado)

5- CONTINÊNCIA (vesical / fecal)

☒ **Independente** (controlo completo da micção e defecação)

☐ **Dependente** (incontinência total ou parcial vesical e/ou fecal; utilização de enemas, algália, urinol ou arrastadeira)
↑

6- ALIMENTAÇÃO

→ ☒ **Independente** (leva a comida do prato à boca sem ajuda; exclui cortar a carne)

☐ **Dependente** (necessita de ajuda para comer; não come em absoluto ou necessita de nutrição entérica / parentérica)

Antes : 6 //

Agora : 1 //

Morse Fall Scale

Variáveis	Score
1. História de quedas	Não 0 Sim 25 <u>25</u>
2. Diagnóstico secundário	Não 0 Sim 15 <u>15</u>
3. Apoio para deambular - normal/acamado/apoia-se na enfermeira - canadiana/bengala/andarilho - mobiliário	0 15 30 <u>0</u>
4. EV ou acesso EV	Não 0 Sim 20 <u>20</u>
5. Marcha - normal/acamado/cadeira de rodas - Fraco - Debilitado	0 10 20 <u>20</u>
6. Estado mental - orientado para as suas capacidades - sobrestima ou esquece as suas limitações	0 15 <u>0</u>
	Total: <u>0</u>

Ponto de corte:

score ≥ 45 – Alto risco de queda

80//

5/10/2016

Adaptado:

Morse Fall Scale (1986), *Aguarda resposta da J. Torse*

MFR 84 A 05/10/2016

Índice de Barthel

1. Alimentação	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0
2. Transferências	
Independente	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	<input type="checkbox"/> 0
3. Toilete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input checked="" type="checkbox"/> 0
4. Utilização do WC	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input checked="" type="checkbox"/> 0
5. Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input checked="" type="checkbox"/> 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel	<input checked="" type="checkbox"/> 0
7. Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input checked="" type="checkbox"/> 0
8. Vestir	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Impossível	<input type="checkbox"/> 0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	<input type="checkbox"/> 0
10. Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manjar a algália sozinho	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manjar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 0

Score total: 40

0 – dependência máxima

60 – ponto de corte entre dependência e independência

85 – independentes, necessitando de assistência mínima

Araujo, F., Ribeiro, J. L., Oliveira, A., & Pinto, C. (Junho/Dezembro de 2007). Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Qualidade de Vida*, pp. 59-66.

Mini Nutritional Assessment MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Apelido: R Nome: T.F.
Sexo: F Idade: 84 Peso, kg: 66 Altura, cm: 16 Data: 1/10/2016

Responda à secção "triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "triagem".
Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

Triagem

A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?

- 0 = diminuição grave da ingestão
1 = diminuição moderada da ingestão
2 = sem diminuição da ingestão

☐ 2

B Perda de peso nos últimos 3 meses

- 0 = superior a três quilos
1 = não sabe informar
2 = entre um e três quilos
3 = sem perda de peso

☐ 3

C Mobilidade

- 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas
1 = deambula mas não é capaz de sair de casa
2 = normal

☐ 1

D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

- 0 = sim 2 = não

☐ 2

E Problemas neuropsicológicos

- 0 = demência ou depressão graves
1 = demência ligeira
2 = sem problemas psicológicos

☐ 2

F Índice de Massa Corporal (IMC = peso[kg] / estatura [m²])

- 0 = IMC < 19
1 = 19 IMC < 21
2 = 21 IMC < 23
3 = IMC ≥ 23

☐ 3

Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)

12-14 pontos: estado nutricional normal

8-11 pontos: sob risco de desnutrição

0-7 pontos: desnutrido

Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R

Avaliação global

G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital)

- 1 = sim 0 = não

☐ 0

H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?

- 0 = sim 1 = não

☐ 0

I Lesões de pele ou escaras?

- 0 = sim 1 = não

☐ 1

J Quantas refeições faz por dia?

- 0 = uma refeição
1 = duas refeições
2 = três refeições

☐ 2

K O doente consome:

- pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? sim ☒ não ☐
 - duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? sim ☒ não ☐
 - carne, peixe ou aves todos os dias? sim ☒ não ☐
- 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim»
0.5 = duas respostas «sim»
1.0 = três respostas «sim»

☐ 0

L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?

- 0 = não 1 = sim

☐ 1

M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia?

- 0.0 = menos de três copos
0.5 = três a cinco copos
1.0 = mais de cinco copos

☐ 0

N Modo de se alimentar

- 0 = não é capaz de se alimentar sozinho
1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade
2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade

☐ 0

O O doente acredita ter algum problema nutricional?

- 0 = acredita estar desnutrido
1 = não sabe dizer
2 = acredita não ter um problema nutricional

☐ 1

P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde?

- 0.0 = pior
0.5 = não sabe
1.0 = igual
2.0 = melhor

☐ 0

Q Perímetro braquial (PB) em cm

- 0.0 = PB < 21
0.5 = 21 PB ≤ 22
1.0 = PB > 22

☐ 0

R Perímetro da perna (PP) em cm

- 0 = PP < 31
1 = PP ≥ 31

☐ 1

Avaliação global (máximo 16 pontos)

☐ 0

Pontuação da triagem

☐ 0

Pontuação total (máximo 30 pontos)

☐ 0

Avaliação do Estado Nutricional

- de 24 a 30 pontos ☐
de 17 a 23,5 pontos ☒
menos de 17 pontos ☐

estado nutricional normal
sob risco de desnutrição
desnutrido

References

1. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:456-465.
 2. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Gerontol*. 2001; 56A: M366-377.
 3. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:466-487.
- © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M

PROTOCOLO SCOPING

1. Título

Prevenção de Queda no Domicílio da Pessoa Idosa: Intervenções de Enfermagem

2. Introdução

O envelhecimento da população idosa a nível global é encarado com preocupação e uma das formas de abordagem do mesmo é encará-lo como um processo dinâmico e progressivo, no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, que vão alterando progressivamente o organismo, tornando-o mais suscetível às agressões intrínsecas e extrínsecas que terminam por levá-lo à morte (Netto, 2002).

Os idosos são um grupo particularmente vulnerável, quer pelas multipatologias frequentemente associadas, como também pelo risco de perda de autonomia, neste sentido a WHO refere que manter a capacidade funcional dos idosos passa por manter a independência e prevenir a incapacidade, atribuindo aos profissionais de saúde a responsabilidade de promover a segurança da pessoa idosa (WHO, 2005).

A queda é a principal fonte de lesões fatais e não fatais nos idosos, sendo que a maioria destas lesões são menores, tais como, escoriações, hematomas ou distensões, porém estas lesões, no idoso, provocam uma maior incapacidade, um aumento da hospitalização, maior risco de dependência assim como o risco de morte (WHO, 2007; AGS, 2011; CDC, 2015).

A implementação de uma política de prevenção de queda no idoso desafia os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros a identificarem os fatores de risco de forma a poderem atuar sobre estes. É importante avaliar e identificar precocemente os idosos em risco de cair para implementar medidas individuais preventivas adequadas. O risco de queda é um diagnóstico de enfermagem e a avaliação é a forma que o enfermeiro tem de melhorar a sua intervenção, no âmbito de uma política de prevenção do risco de queda (Miller, 2009; NANDA *International*, 2013).

3. Background

Segundo o *Global Report on Falls Prevention in Older Age* da WHO (2007), as quedas são um problema de saúde em todas as regiões do mundo que se deparam com o impacto do envelhecimento da população, aspeto este reforçado por Akyol (2007) e Hester e Wei (2013) quando afirmam que 1/3 das pessoas caem em contexto comunitário e que nos lares estes números são significativamente mais elevados. A institucionalização dos idosos está relacionada com história prévia de quedas, das quais resultam normalmente alterações funcionais importantes (Akyol, 2007).

Em Portugal, dos 14.480 Acidentes Domésticos e Lazer notificados no Relatório Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes 2009 - 2012, 18,1% são com idosos, 43,6% ocorreram em contexto domiciliário e 68,7% são quedas (Contreiras & Rodrigues, 2014).

Para compreender melhor este fenómeno e perceber se é pertinente o desenvolvimento de um projeto que contribua para o anteriormente explanado foi realizado um diagnóstico de situação na UCSP Olival e UCC Cacém Care.

Os resultados permitiram observar que 41 idosos foram atendidos na Sala de Tratamentos e Consulta de Enfermagem de Diabetes tendo 24 (58,5%) utentes sofrido queda no último ano/mês e 16 (39,0%) destes 24 idosos sofreram queda no domicílio. O grupo etário que sofreu maior número de quedas foi o [80 - 84[e o sexo feminino foi o que apresentou maior número de quedas (12). Destes 41 utentes, 5 apresentam Médio Risco de queda e 24 apresentam Alto risco de queda. Dos 41 utentes observados, 100% apresentam comorbilidade e polimedicação, e 98 % frequentou o 1º ciclo.

Dos dados recolhidos na RNCCI da Unidade ECCI Cacém, verificou-se que 53 pessoas estavam internadas na Rede (48 em 2015 e 5 em 2016) e 41 têm idade ≥ 65 anos, 39 (51,2%), sofreram queda, o grupo etário com maior número de quedas foi [85 - +[e o sexo feminino foi o mais representativo. Nesta avaliação 9 (23,0%) utentes apresentam Baixo Risco de queda, 20 (51,2%) utentes apresentam Médio Risco e 10 (25,6%) utentes apresentam Alto Risco de queda. 41 (100%) dos utentes apresentam comorbilidades e Polimedicação tendo 90% dos utentes internados na RNCCI frequentado o 1º ciclo.

Em virtude de ter observado um número elevado de pessoas idosas que recorrem à UCSP Olival com um elevado índice de risco de queda coloca-se então a questão: **Quais as intervenções de enfermagem na prevenção de queda da Pessoa Idosa no seu domicílio?**

4. Contributo Teórico

A queda no idoso é uma questão grave de saúde pública, uma vez que ocorre com frequência e pode ter consequências graves na vida do idoso observando-se que as quedas são a terceira causa de incapacidade crónica em idosos, sendo responsáveis por uma elevada morbilidade, mortalidade e sofrimento (Todd & Skelton, 2004; Rubenstein, 2006; WHO, 2007).

A WHO (2007) menciona que a idade é um dos principais fatores de risco para quedas. Os idosos estão em maior risco de morte ou ferimentos graves após uma queda. Nos Estados Unidos, 20 a 30% dos idosos que caem sofrem lesões moderadas ou graves, tais como contusões, fraturas de anca ou traumatismo craniano. A magnitude do risco pode ser devida, pelo menos em parte, a uma deficiência física, sensoriais e cognitivas associadas com o envelhecimento, assim como a falta de adaptação do ambiente para as necessidades da população idosa e que cerca de 28-35 % das pessoas com idade de 65 anos ou mais caem por ano aumentando para 32-42 % para os que têm mais de 70 anos de idade. Gillespie *et al* (2012) acrescentam que 30% dos idosos manifestam um episódio de queda por ano e que uma em cada cinco quedas exige cuidados de saúde tendo um em cada dez incidentes de queda como resultado uma fratura.

A queda num idoso pode ser um indicativo de que alguma coisa poderá não estar bem, informando muitas vezes que pode existir um problema de saúde ainda não identificado (Todd & Skelton, 2004; Martin, 2011) e quedas recorrentes podem ser indicativas de um declínio na capacidade funcional do idoso (Skelton & Todd, 2007), podendo considerar-se a queda como um síndrome geriátrico (Rubenstein, 2006).

A queda é um fenómeno complexo que para ocorrer geralmente convergem vários fatores que interagem de forma dinâmica e devem ser apreciados com particular atenção aquando da avaliação do risco de queda (Todd & Skelton, 2004; Daal & van Lieshout, 2005; WHO, 2007).

O risco de queda é um diagnóstico de enfermagem sendo a monitorização do risco de queda e a implementação de medidas de prevenção as alavancas que permitem não só o controlo deste fenómeno como também o impacto das suas consequências (Morse, 2009).

O modelo apresentado pela *World Health Organization* (2007) mostra como as quedas resultam de uma complexa interação de vários fatores de risco. Estes estão categorizados em quatro dimensões: **biológica** (idade, género, raça, doenças crónicas, declínio das capacidades físicas, cognitivas e afetivas); **comportamental** (polimedicação, consumo excessivo de álcool, não praticar exercício físico, calçado inadequado), **ambiental** (desenhos

arquitetónicos inadequados, escadas e pisos escorregadios, tapetes soltos, iluminação insuficiente, piso irregular ou em mau estado) e **socioeconómica** (baixo rendimento e baixos níveis de educação, residência inadequada, escassas interações sociais, acesso limitado ou reduzido aos serviços de saúde e sociais, escassos recursos na comunidade), refletindo estas quatro dimensões a diversidade dos determinantes de saúde, que de uma forma direta ou indiretamente influenciam ou interferem com o bem-estar da pessoa idosa.

As quedas nos idosos têm consequências que ultrapassam a lesão física, sendo referido por vários autores que após uma queda o idoso desenvolve sentimentos de preocupação, receio de não conseguir retomar as suas atividades do quotidiano, falta de confiança, e predominantemente medo de voltar a cair, situação esta que conduz o idoso a reduzir a sua atividade diária, diminuir a massa muscular e indiretamente propor-se a nova queda por aumento da fragilidade (*Zijlstra, 2007; Jung, 2008; Mendes da Costa, 2012*). *Gillespie et al, (2012)* reforçam este aspeto quando afirmam que o medo de cair altera a dinâmica familiar o que por vezes leva o idoso a ser internado num lar. Os profissionais de saúde podem e devem contribuir na tomada de consciência que o idoso corre, contribuindo para que este adote estratégias preventivas (WHO, 2007).

Na vida de uma pessoa idosa ocorrem acontecimentos que originam mudanças que conduzem a experiências de transição. A mesma deve ser interpretada de forma singular, pois o acontecimento que a provocou é percecionado de forma diferente por cada indivíduo e interfere na relação deste com o meio ambiente, social e familiar e ainda com a perceção que este tem de si próprio. A eficácia da adaptação à mudança operada pela transição exige o desenvolvimento de novas competências o qual deve ser feito pelo enfermeiro a partir de ações que promovam o autocuidado (Meleis, 2010).

5. Objetivos

- * Obter e explorar uma ampla quantidade de artigos de forma rigorosa;
- * Analisar os conteúdos de forma clara possibilitando direcionar a pesquisa subsequente;
- * Encontrar respostas à questão de investigação nomeadamente encontrar intervenções de enfermagem que previnam a queda da pessoa idosa no domicílio;

6. Questão de pesquisa

Quais as intervenções de enfermagem que previnem a queda (C) no domicílio (Co) da Pessoa Idosa (P)?

7. Métodos

EBSCO: CINAHL; MEDLINE; MedicLatina

Limitadores: 2010 - 2016

S1: elderly OR old people OR aging - 48.713

S2: falls OR falls factors OR falls interventions OR falls tax OR falls effects – 86,183

S3: primary care OR home OR community: 83.212

S1 AND S2 AND S3: 952

8. Critérios de Elegibilidade

- ✓ O principal motivo de exclusão *a priori* foram as publicações que exigiam pagamento para poderem ser consultadas,
- ✓ Artigos repetidos
- ✓ Artigos cuja população tinha idade inferior a 65 anos
- ✓ A seleção dos artigos foi feita através da leitura do título e do resumo e os artigos selecionados foram lidos integralmente.

9. Fontes de Informação

EBSCO: CINAHL; MEDLINE; MedicLatina

10. Estratégia de Pesquisa

Critérios de Inclusão

- ✓ Utentes com idade ≥ 65 anos
- ✓ Utentes que residem na comunidade
- ✓ Participação livre na resposta aos instrumentos de recolha de dados aplicados

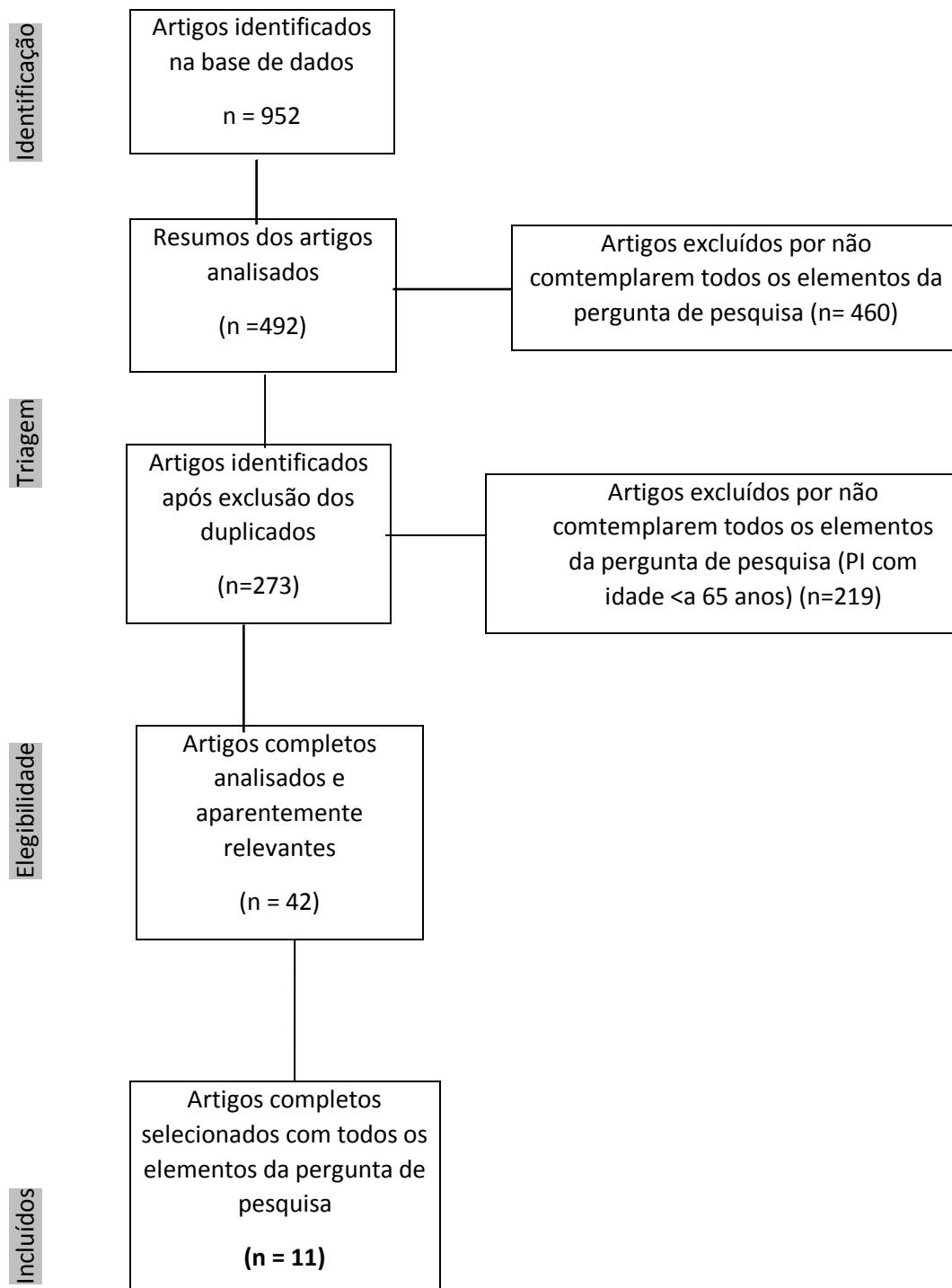
Critérios de Exclusão

- ✓ Utentes com idade ≤ 65 anos
- ✓ Utentes idosos internados

Termos de Pesquisa

	Termos indexados		Search terms
População	Elderly Aging <i>Old people</i>	OR	65 and more
AND			
Conceito	Falls Falls factors Falls interventions Falls effects	OR	Risk Factors
AND			
Contexto	Community Home Nursing interventions	OR	Primary care

11. Processo de Seleção de artigos



Fonte: Moher D. (2009)

12. Quadro de Extração de Dados

1º autor/ Ano da Publicação/ País de Origem	Tipo de estudo	População do estudo / tamanho da amostra/ Duração do estudo	Objetivo do estudo	Resultados
Almeida, T 2014 Brasil	Estudo simples randomizado	Idade ≥ 70 anos N= 119 16 Meses	Comparar dois tipos diferentes de exercício num programa para idosos desfavorecidos económico e educacionalmente residentes na comunidade com história de queda e, especificamente avaliar o efeito do exercício sobre os fatores anteriormente referidos relativa ao risco de quedas.	Na população de idosos residentes na comunidade independentes, com desvantagens económicas e educacionais, com história de múltiplas quedas, um programa de exercícios em casa com supervisão e um programa de exercícios multimodal num centro supervisionado pode ser eficaz na melhoria das variáveis previamente reconhecidas como fatores relacionados com o risco de quedas. Os resultados obtidos são semelhantes para ambos os grupos submetidos aos programas. Verifica-se que uma redução na supervisão e o recurso a um programa de origem pode ser da mesma forma eficaz e segura, e mais prático/económico e potencialmente mais rentável do que um programa totalmente supervisionado.
Cabrita, M. 2012 Portugal	Estudo descritivo transversal com abordagem quantitativa	Idade ≥ 65 anos N= 53	Prevenir as quedas da pessoa idosa integrada em uma equipa de Cuidados Continuados Integrados.	As pessoas idosas integradas na ECCI estão sujeitas a diversos fatores de risco para a ocorrência de queda. A manutenção de um ambiente seguro no domicílio, no que respeita à gestão do risco de queda é uma prioridade de intervenção. As estratégias a desenvolver passam pela avaliação individualizada das causas/fatores a que cada pessoa idosa está sujeita. Cabe ao enfermeiro diagnosticar as causas das quedas e sempre que se justifique referenciar para os profissionais da equipa multidisciplinar.

1º autor/ Ano da Publicação/ País de Origem	Tipo de estudo	População do estudo / tamanho da amostra/ Duração do estudo	Objetivo do estudo	Resultados
Cevizci, S. 2015 Turquia	Estudo transversal	Idade ≥ 65 anos N= 1001 5 Meses	Investigar a prevalência de quedas e os fatores de risco causais e criar o perfil das características sociocultural, económicas e sócio-cognitivas dos moradores da cidade com idade ≥ 65 anos centro da cidade Qanakkale (Turquia)	A prevalência de queda nos Idosos foi elevada no centro de Qanakkale (Turquia). O risco de queda é mais elevado em mulheres, nos que não podem cuidar de si e ainda nos idosos com baixo nível socioeconómico. Este grupo deve ser cuidadosamente monitorizado pelos cuidados de saúde primários, devendo os familiares que vivem com estes idosos ser informados também sobre quedas. Os idosos que vivem sós têm maior risco de quedas devendo ser visitados em casa por especialistas em saúde e serviços sociais de forma a intervirem na redução do risco de queda em casa. Nas sociedades envelhecidas a queda é um problema que exige sistemas de vigilância ativa e monitorização precoce.
Child, S. 2012 Reino Unido	Meta-etnografia (19 estudos)	Idade ≥ 65 anos	Identificar fatores-chave que atuam como barreiras e facilitadores para a implementação efetiva das melhores práticas baseadas em evidência em relação à prevenção de quedas entre os idosos residentes na comunidade.	Existem uma série de fatores que afetam a implementação de programas de prevenção de queda em idosos os quais estão relacionados com o próprio idoso, a família, profissionais de saúde e os sistemas dos cuidados de saúde Para melhorar a implementação dos programas de prevenção de queda, há crenças e comportamentos a nível individual, organizacional e social que precisam de ser abordados. Na prática clínica é importante consultar os idosos a fim de saber quais as mudanças que estes estão preparados para fazer, tendo como objetivo reduzir o risco de queda. Se não se consultar os idosos os programas de prevenção de quedas serão menos eficazes assim como a taxa de participação será menor. É importante reunir as diferentes opiniões dos idosos existentes em estudos, sintetizar a mesma e inclui-las nas recomendações baseadas na evidência

1º autor/ Ano da Publicação/ País de Origem	Tipo de estudo	População do estudo / tamanho da amostra/ Duração do estudo	Objetivo do estudo	Resultados
Freiberger, E 2013 Alemanha	Estudo Prospetivo Multicêntrico Controlado	Idade ≥ 65 anos N = 378 28 Meses	Estudar em primeira instância a viabilidade das pessoas idosas com a funcionalidade comprometida, mas ainda independentes com risco de queda através de orientações fornecidas pelo seu médico de clínica geral e, em segundo lugar uma intervenção de exercício complexo incidindo nos fatores psicológicos e fisiológicos do risco de queda através de um programa de 16 semanas em comparação com os cuidados habituais.	A nova estratégia para prevenção de quedas dos idosos residentes na comunidade para atingir o alto risco e a funcionalidade diminuída através de um clínico geral pareceu promissor. O exercício de intervenção complexo para prevenção de quedas tem melhorou efetivamente o equilíbrio, a função física, e levou a uma redução do medo de cair nesta população.
Gschwind, Y. 2011 Suíça	Revisão sistemática da literatura de 33 estudos	Idade ≥ 65 N= 7707	Destinam-se a proporcionar uma base para novas recomendações nacionais para a implementação de intervenções de prevenção de queda para os idosos vulneráveis. Além disso, ao longo dos próximos dois anos, com a ajuda de um grupo de trabalho especializado, os resultados devem ser traduzidos em ferramentas práticas, tais como brochuras, orientações e programas de formação.	Os desafios para uma bem-sucedida mudança no contexto internacional na prevenção de quedas: a eficiência de uma intervenção, aceitação e motivação dos profissionais que elaboram os programas (por exemplo, instrutores) a qualidade das ações realizadas e a sustentabilidade dos programas. Finalmente, deve notar-se que não só o fornecimento de programas de prevenção de queda, mas também a população-alvo em si - a pessoa idosa vulnerável de forma que tirem o máximo proveito, ou seja, a pessoa idosa tem que estar motivada.

1º autor/ Ano da Publicação/ País de Origem	Tipo de estudo	População do estudo / tamanho da amostra/ Duração do estudo	Objetivo do estudo	Resultados
Iliffe, S. 2014 Reino Unido	Estudo multicêntrico randomizado	Idade ≥ 65 anos N = 1256 18 Meses	Determinar o efeito de dois programas de exercício baseada em evidências concebidos para idosos, em comparação com os cuidados habituais, sobre a realização dos recomendados, tendo como alvo a avaliação da atividade física 12 meses após a cessação da intervenção.	O programa - Falls Management Exercise Programme - aumentou significativamente a - moderate to vigorous physical Activity - numa proporção significativamente maior da comunidade. Os idosos mais velhos atingiram a meta recomendada para 150 minutos de - moderate to vigorous physical activity - por semana em comparação com o normal cuidado até 12 meses após o fim da intervenção. Nenhum efeito significativo foi encontrado para a - Otago Exercise Programme - em - moderate to vigorous physical activity - em comparação com o cuidado usual. O programa - Falls Management Exercise - reduziu significativamente o número de quedas nos 12 meses seguintes no final da intervenção em comparação com os cuidados habituais, mas nenhum efeito significativo foi encontrado para o - Otago Exercise Programme - sobre o número de quedas. A primeira hipótese, que tanto as intervenções de exercício aumentariam a atividade física auto-referida, foi refutada neste estudo, assim como o segundo, que a intervenção - Otago Exercise Programme - seria mais rentável. A intervenção - Falls Management Exercise Programme - aumentou a atividade física auto- relatado, acrescentando quase 15 minutos por dia de - moderate to vigorous physical activity. Este efeito persistiu durante 12 meses após a cessação das classes. O custo por pessoa para alcançar ou ultrapassar a meta ficou entre £ 1.560 (Nottingham) e £ 1920 (Londres)
Kendrick, D. 2014 Reino Unido	Revisão sistemática de 30 estudos	Idade ≥ 65 anos N = 2878	Avaliar os efeitos (benefícios, prejuízos e custos) do exercício como intervenções para reduzir o medo de cair em idosos que vivem na comunidade.	O exercício como intervenção em pessoas idosas residentes na comunidade, reduzir o medo de cair, mas de forma limitada, ou seja, imediatamente após a intervenção, sem aumentar o risco ou a frequência de quedas. Não há evidência suficiente para determinar se as intervenções de exercício reduzem o medo de cair para além do fim da intervenção ou o seu efeito sobre outros resultados.

1º autor/ Ano da Publicação/ País de Origem	Tipo de estudo	População do estudo / tamanho da amostra/ Duração do estudo	Objetivo do estudo	Resultados
Luck, T. 2013 Alemanha	Prospetivo multicentrico randomizado	Idade \geq 80 anos N= 230 18 meses	Avaliar a eficácia das visitas domiciliares preventivas na redução de quedas numa amostra de pessoas que vivem na comunidade com idades entre 80 anos ou mais, residentes na Alemanha.	A prevenção de quedas no estudo não incluiu só intervenções e recomendações individualizadas, mas também informações gerais, nomeadamente, as causas das quedas, as estratégias para reduzir o risco de queda e consequente lesão. Mesmo que os participantes não sigam as recomendações específicas, o risco de queda também pode ter sido reduzido pelas informações gerais fornecidas, isto é, uma alteração no comportamento aumenta a consciência sobre as causas das quedas. Por fim, embora as visitas domiciliárias preventivas pareçam ser eficientes na redução de quedas, consome muitos recursos e pode ser demorado, podendo por isso por isso pode não ser rentável.
Merret, A. 2011 Canadá	Projeto	Idade \geq 65 anos N = 5 18 Meses	Encontrar uma alternativa para reduzir o número e consequências de quedas em adultos com \geq 65 anos residentes na comunidade.	Os cinco participantes que completaram todo o projeto apresentaram uma redução do número de quedas. Os participantes com maior risco de queda continuaram a praticar o programa de exercícios de Apoio Domiciliário. Alguns participantes afirmaram informalmente que o equipamento que receberam por ex., Bancos de transferência de banho, apoios de cama, polos de transferência, sofá foi um contributo para a sua mobilidade reforçando que estas ajudas tinham reforçado a sua mobilidade e possivelmente contribuíram para a redução do risco de queda

1º autor/ Ano da Publicação/ País de Origem	Tipo de estudo	População do estudo / tamanho da amostra/ Duração do estudo	Objetivo do estudo	Resultados
Pérula, L. 2012 Espanha	Estudo randomizado controlado	Pessoas com idade ≥ 70 anos N = 404 30 Meses	Determinar a eficácia de um programa de intervenção multifatorial para evitar quedas entre idosos em comparação com uma intervenção única.	Os profissionais de saúde devem ter em conta quando fazem educação para a saúde ou intervenções preventivas de queda no idoso. Devem sugerir a importância da manutenção do equilíbrio na marcha através da atividade física e eliminando os fatores de risco em casa e reforçar medidas para eliminarem o medo de cair. Ainda como resultado é reforçado a importância do custo- benefício que as intervenções de prevenção de queda no idoso que vive na comunidade têm sugerindo a necessidade realizar estudos para verificar a eficácia das mesmas.

14. Resultados

Os 11 estudos incluídos avaliaram 14.031 participantes,

Concluíram que o risco de queda é mais elevado em mulheres, nos que não apresentam baixo autocuidado e nos idosos com nível socioeconómico baixo.

Alertam para a necessidade de saber junto dos idosos quais as mudanças que estes estão motivados para fazer com o objetivo de reduzir o risco de queda.

As orientações dadas pelo médico de família a idosos com elevado risco de quedas e funcionalidade diminuída foi bem-recebida pela população idosa em comparação com o exercício físico apesar deste ter melhorado substancialmente o equilíbrio e redução no medo de cair.

Apresentam ainda recomendações para acrescentar recomendações gerais para além das individualizadas de forma a contribuir para o aumento da consciência sobre as causas das quedas.

A alteração de estruturas domiciliárias com equipamento de apoio reforçam a mobilidade e consequentemente a reduzem o risco de queda.

Os profissionais de saúde devem ter em conta quando fazem educação para a saúde ou intervenções preventivas de queda no idoso. Devem sugerir a importância da manutenção do equilíbrio na marcha através da atividade física e eliminando os fatores de risco em casa e reforçar medidas para eliminarem o medo de cair

Referências Bibliográficas

- Almeida, T. L., Alexander, N. B., Nyquist, L. V., Montagnini, M. L., Santos, A. C. S., Rodrigues, G. H. P., ... Wajngarten, M. (2013). Minimally Supervised Multi-Modal Exercise to Reduce Falls Risk among Economically and Educationally Disadvantaged Older Adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 21(3), 241–259.
- American Geriatrics Society -AGS- (2011). AGS/BGS Clinical Practice Guideline: Prevention of Falls in Older Persons. AGS.
- Cabrita, M.F.G., José, H.M.G. (2013). O idoso na equipe de cuidados continuados integrados: programa de enfermagem para prevenção de quedas. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. 7 (1) 96-103.
- Centers for Disease Control and Prevention - CDC- (2015). Costs of Falls Among Older Adults.
- Cevizci, S., Uluocak, S., Aslan, C., Gokulu, G., Bilir, O., Bakar, C. (2015). Prevalence of falls and associated risk factors among aged population: Community based cross-sectional study from Turkey. *Central European journal of public health* 23(3):233-239
- Contreiras, T. Rodrigues E. (2014). EVITA – Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes: relatório 2009 – 2012. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Child, S., Goodwin, V., Garside, R., Jones-Hughes, T., Boddy, K., Stein, K. (2012). Factors influencing the implementation of fall-prevention programmes: a systematic review and synthesis of qualitative studies. *Implementation Science*, 7 (91).
- Daal, J. O., van Lieshout (2005). Falls and medications in the elderly. *Neth J Med*, 63 (3), 91-96.
- Freiberger, E., Blank, W. A., Salb, J., Geilhof, B., Hentschke, C., Landendoerfer, P. ... Siegrist, M. (2013). Effects of a complex intervention on fall risk in the general practitioner setting: a cluster randomized controlled trial. *Clinical Intervention in Aging*, 8, 1079-1088
- Gillespie, L.D., Robertson, M., Gillespie, WJ., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L. M., Lamb, S. E. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 9. Art. No.: No.: CD007146. DOI: 10.1002/14651858.CD007146.pub3.
- Gschwind, Y.J., Wolfa, I., Bridenbaugh, S.A., Kressig, R.W. (2011). Basis for a Swiss perspective on fall prevention in vulnerable older people. *Swiss Medical Weekly*, 141.
- Iliffe, S., Kendrick, D., Morris, R., Masud, T., Gage, H., Skelton, D. ... Hawort, D. (2014). Multicenter cluster randomized trial comparing a community group exercise programme and home-based exercise with usual care for people aged 65 years and over in primary care. *Pub Med*, 18 (49).

- Jung, D. (2008). Fear of falling in older adults: comprehensive review. *Asian Nurs Rev* (Korean Soc Nurs Sci). 2 (4), 214 - 222.
- Kendrick, D., Kumar, A., Carpenter. H., Zijlstra, GA., Skelton, DA., Cook. JR., Delbaere, K. (2014). Exercise for reducing fear of falling in older people living in the community. *Pub Med*. 28 (11).
- Luck, T., Motzek, T., Lupp, M., Matschinger, H., Fleischer, S., Sesselmann, Y., Riedel-Heller, S. G. (2013). Effectiveness of preventive home visits in reducing the risk of falls in old age: a randomized controlled trial. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 697-702.
- Martin, F. (2011), –Falls risk factors: assessment and management to prevent falls and fractures. *Canadian Journal on Aging*. Vol. 30, nº 1, 33- 44.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishings Company.
- Miller, E., Wightman, E. & Campbell, F. (2009). Management of Fall-Related Injuries in the Elderly: A Retrospective Chart Review of Patients Presenting to the Emergency Department of a Community-Based Teaching Hospital. *Physiotherapy*. Canada, 61(1), 26–37.
- Morse, J. (2009). *Preventing Patient Falls*. (2^a ed.), New York: Springer Pub.
- Moyer, V. A. (2012). Prevention of Falls in Community-Dwelling Older Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med*. 157(3), 197-204.
- NANDA International (2013). *Diagnóstico de Enfermagem da Nanda - 2012-2014*. São Paulo: Artmed.
- Merrett, A., Thomas, P., Stephens, A., Moghabghab, R., Gruneir, M. (2011) A Collaborative Approach to Fall Prevention. *CANADIAN-NURSE.COM*. 107 (8).
- Netto, M. P. (2002). *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu.
- Rubenstein, L.Z. (2006). Falls in olden people: epidemiology, risk factos and strategies for prevention. *Age Ageing*. 35 supl (2), 37- 41.
- Pérula, L., Varas-Fabra, F., Rodriguez, V., Ruiz-Moral, R., Fernandez, J., González, J. ... and the EPICA Study Collaborative Group (2012). Effectiveness of a Multifactorial Intervention Program to Reduce Falls Incidence Among Community-Living Adults: A Randomized Controlled Trial. *Physical medicine and Rehabilitation*, 93, (10), 1677-1684.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & The PRISMA Group. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. <http://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>.

- Todd, C. & Skelton, D. (2004). What are the main risk factors for falls among older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? Europe Health Evidence Network Report. Copenhagen. 2004.
- World Health Organization (2005). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília. Organização Pan-Americana de Saúde. Acedido a 13/4/2016. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
- World Health Organization (2007). WHO Global report on falls prevention in older age. France: WHO.
- Zijlstra, G. A., van Haastregt, J. C. & Kempen, G. I. (2007). Interventions to reduce fear of falling in community-living older people: a systematic review. J. Am. Geriatric Soc. 55 (4), 603-615.

APÊNDICE V – Divulgação do projeto à equipa
de Ortopedia do HFF, EPE



TERESA MARIA LOPES VAZ DE OLIVEIRA <teresaoliveira@campus.esel.pt>

Divulgação do Projeto de Estágio

TERESA MARIA LOPES VAZ DE OLIVEIRA <teresaoliveira@campus.esel.pt>
Para: ortopediahft@gmail.com

10 de outubro de 2016 às 23:34

Caros/as Colegas do serviço de Ortopedia do Hospital Fernando da Fonseca

Teresa Maria Lopes Vaz de Oliveira, estudante da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) do 5º Curso de Pós Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica vertente Pessoa Idosa e Enfermeira na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Olival (Cacém) vem por este meio dar a conhecer o seu projeto de estágio que está a decorrer no serviço de Ortopedia deste hospital desde o dia 03 de Outubro e irá até ao dia 28 do presente mês com o tema "Prevenção de Queda no domicílio da Pessoa Idosa: Intervenções de Enfermagem", sob a orientação da Prof. Doutora Maria Adriana Henriques e Co.Orientadora Prof. Doutora Cristina Baxinho e com a orientação em contexto clínico do Sr. Enfermeiro Tiago Maurício e Sr.ª Enfermeira Chefe Elisabete Isidoro.

A opção por um projeto na área da prevenção de quedas no domicílio da pessoa idosa prende-se com o facto de estarmos perante um aumento progressivo da população idosa, como consequência do aumento da esperança de vida e da redução da taxa de natalidade (Botelho, 2007), os idosos permanecerem muito tempo no seu domicílio e a maioria das quedas detetadas ocorrem no domicílio do idoso (Ribeiro, 2008), acrescem as motivações académicas e pessoais que incluem o propósito de aprofundar conhecimentos quer do ponto de vista clínico quer investigativo de forma a desenvolver competências que permitam prestar cuidados diferenciados ao utente idoso e sua família.

Este projeto tem como finalidade desenvolver competências como enfermeira especialista na área médico-cirúrgica, vertente de especialização pessoa idosa, na identificação do risco de queda na pessoa idosa e implementação de intervenções adequadas e exequíveis à pessoa idosa, com ênfase na prevenção de queda, promovendo a segurança e a independência da pessoa idosa na comunidade.

Este projeto será desenvolvido em dois contextos, serviço de Ortopedia do Hospital Fernando da Fonseca (4 semanas) e ACES Sintra (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Olival e Unidade de Cuidados na Comunidade Cacém Care (12 semanas).

A opção por este contexto clínico hospitalar prende-se com o facto de receber utentes idosos com fraturas resultantes de queda no domicílio e apresentar um número elevado de utentes (ano 2015/810 utentes) com um elevado score na avaliação do risco de queda.

Assumem-se como objetivos:

Objetivo Geral A

- Conhecer o estado da arte relativamente ao fenómeno da prevenção da queda no domicílio da PI.

Objetivos Específicos

A1 – Ampliar conhecimentos sobre a pessoa idosa/família, suas necessidades e especificidades de cuidados;

A2 – Identificar os fatores de risco de queda na PI e intervenções preventivas de queda na PI

Objetivo Geral B

- Desenvolver competências de enfermeira especialista centrada na prevenção de quedas no domicílio da PI.

Objetivos Específicos

B1 – Conhecer a dinâmica orgão-funcional do HFF- serviço de Ortopedia;

B2 – Intervir com a PI internada por queda no domicílio promovendo o Autocuidado;

B3 – Intervir com a PI na comunidade promovendo o Autocuidado;

Objetivo Geral C

- Promover o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem na prevenção de quedas no domicílio da PI.

Objetivos Específicos

C1 – Contribuir para o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem da UCSP Olival na prevenção de quedas no domicílio da PI visando o Autocuidado da mesma;

Ainda neste contexto, acrescenta que em anexo constam as referências bibliográficas que sustentaram a pesquisa bibliográfica para a elaboração do projeto.

Agradeço a todos vós a disponibilidade demonstrada e apresento-me ao vosso dispor

Atenciosamente,

Teresa Oliveira

APÊNDICE VI – Conteúdo da sessão apresentada no dia
10/11/2016 como Co-autor da comunicação
livre no I Congresso Internacional Gestão da
Transição Segura



Transição Hospital – Comunidade do idoso com alto risco de queda

Teresa Maria Lopes Vaz de Oliveira

Prof. Doutora Cristina Baixinho
Prof. Doutora Adriana Henriques



Transição Hospital –Comunidade do idoso com alto risco de queda

Envelhecimento

"Um processo dinâmico e progressivo, no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, que vão alterando progressivamente o organismo, tornando-o mais suscetível às agressões intrínsecas e extrínsecas que terminam por levá-lo à morte."

(Netto, 2002)



Envelhecimento

A nível global - pessoas com 60 anos ou mais: 841 milhões em 2013

Previsão 2050: + de 2 milhares de milhões

(United Nations, 2015)

Em Portugal:

→ Pessoa **Idosa** (PI): Toda a pessoa com idade superior a 65 anos

(World Health Organization, 2002)

Entre 2012 e 2060 o Índice de Envelhecimento (IE) aumentará de 131 para 307 idosos/100 jovens

(Instituto Nacional de Estatística, 2014)

1

Transição Hospital –Comunidade do idoso com alto risco de queda

Envelhecimento

Alteração dos problemas de Saúde pública

Probabilidade de acidentes

Q U E D A

A **queda** na Pessoa Idosa é um problema de Saúde Pública

(World Health Organization, 2007)

3

Transição Hospital –Comunidade do idoso com alto risco de queda

Transição Hospital –Comunidade do idoso com alto risco de queda

QUEDA NUMA PESSOA IDOSA

- Possível problema de saúde ainda não identificado
- Declínio na capacidade funcional

Síndrome Geriátrica

Queda

Deslocamento não intencional, em decorrência da perda de equilíbrio postural, que tem como consequência a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo em relação à sua posição inicial, excluindo as mudanças de posição intencionais de descanso em móveis, paredes ou outros objetos.

(World Health Organization, 2007)

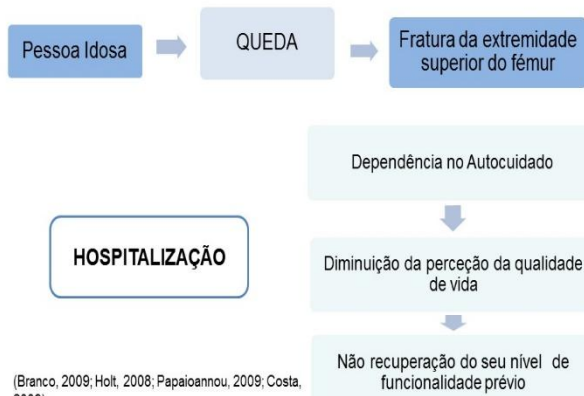
(Todd & Skelton, 2004; Rubenstein, 2006; Skelton & Todd, 2007; Martin, 2011)

4



(Zijlstra, 2007; Jung, 2008; Gillespie et al, 2015)

5



(Branco, 2009; Holt, 2008; Papaioannou, 2009; Costa, 2009)

6



(Santos, 2010; Ariani, 2011)

7

Metodologia

Estudo exploratório

Objetivo - Identificar o risco de queda da pessoa idosa com 65 ou mais anos no momento da alta hospitalar, após cirurgia por fratura da extremidade superior do fêmur

Participantes - Amostra de conveniência, 6 pessoas

Critérios de inclusão - Idade ≥ 65 anos; Queda no domicílio; Fratura da extremidade superior do fêmur

Instrumentos utilizados - Escala de Morse; Falls Efficacy Scale; Teste Timed Up and Go Test; Escala de Barthel.

8

Resultados

6 Participantes são mulheres com idade média 81,3 anos;

6 Participantes (100%) apresentam elevado risco de queda (≥ 51) (Escala de Morse);

6 Participantes (100%) apresentam pouca confiança na realização de tarefas (Escala de Barthel);

4 Participantes (66,7%) apresentam uma avaliação de marcha e equilíbrio de elevado risco para quedas;

A maioria destes Participantes é dependente nas atividades básicas sendo as maiores dependências (total ou parcial) no controle vesical, no vestir e no subir escadas;

9

Conclusões

A hospitalização na pessoa idosa constitui um evento crítico no processo de transição saúde-doença

A fratura da extremidade superior do fêmur é um evento gerador de medo de nova queda, de dependência no autocuidado e consequentemente responsável pela diminuição na percepção da qualidade de vida

O elevado risco de queda que têm no momento da alta clínica e o facto de já terem sofrido uma queda é um forte preditor de nova queda na comunidade, no período de 6 a 12 meses

10

Desafios para a Enfermagem

- *Avaliação funcional do idoso (instrumentos validados internacionalmente) : O que é que a Pessoa idosa fazia **antes** do internamento?
- *Equipa hospitalar envolvida num projeto futuro comum de compromisso na transferência para outra dinâmica e organização
- *As equipas dos Cuidados de Saúde Primários devem antecipar o suporte necessário às famílias
- *Promover a coesão familiar envolvendo os familiares cuidadores na transição

11



Transição Hospital –Comunidade do idoso com alto risco de queda

Teresa Maria Lopes Vaz de Oliveira

Prof. Doutora Cristina Baixinho
Prof. Doutora Adriana Henriques



Branco, J.C., Felicíssimo, P., Monteiro, J. (2009). A epidemiologia e o impacto sócio-económico das fracturas da extremidade proximal do fémur-uma reflexão sobre o padrão actual de tratamento da osteoporose grave. Acta reumatologia port. (34), 475-485;

Costa, J., Ribeiro, A., Bogas, M., Costa, L., Varino, C., & Rodrigues, A. (2009) Mortality and functional impairment after hip fracture - A prospective study in a Portuguese population. Acta Reumatológica Portuguesa, 34. Acedido a 09/10/2016. Disponível em: http://www.spreumatologia.pt/sites/reumatologia.pt/files/publications/articles/ARP_2009_4_618_11_AO_-_Hip_Fracture_ARP2009_109AO.pdf;

Desafios para a Enfermagem (cont.)

- *Avaliar as necessidades das ajudas técnicas adequadas para a situação desde o 1º dia de alta hospitalar;
- *Contribuir para a formação de cuidadores (binómio pessoa idosa dependente/familiar cuidador);

Ações que garantam a continuidade de cuidados, através de estratégias que permitam que articulação seja norma e não uma casualidade!

(Baixinho, 2011; Pereira, 2013; Petronilho, 2013)

12

Referências Bibliográficas

Arlani, G. G., Astur, D. D. C., Linhares, G. K., Balbachevsky, D., Fernandes, H. J. A., & Reis, F. B. D. (2011). Correlação entre tempo para o tratamento cirúrgico e mortalidade em pacientes idosos com fratura da extremidade proximal do fémur. *Rev Bras Ortop*, 46(2), 189-94;

Baixinho, C. L. (2011). Funcionalidade após fractura do colo do fémur. *Revista Baiana de Enfermagem*. 25 (3), 311-319;

14

Gillespie, L. D., Robertson, M. C., & Lamb, S. E. (2015). Interventions for preventing falls in older people living in the community. John Wiley & Sons, Ltd. (The Cochrane Database of Systematic Reviews collaboration);

Holt, G., Smith, R., Duncan, K., Hutchison, J. & Gregori, A. (2008). Outcome after surgery for the treatment of hip fracture in the extremely elderly. *The Journal of Bone & Joint Surgery*, 90(9), 1899-1905;

15

16

Instituto Nacional de Estatística (2014). Censos 2011 – resultados definitivos. Acedido a 15/4/2016. Disponível em http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacoes;

Jung, D. (2008). Fear of falling in older adults: comprehensive review. Asian Nurs Rer (Korean Soc Nurs Sci). 2 (4), 214 – 222.

17

Netto, M. P. (2002). Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu;

Papaoiannou, A., Kennedy, C., Ioannidis, G., Sawka, A., Hopman, W., Pickard, L., Adachi, J. (2009). The impact of incident fractures on health-related quality of life: 5 years of data from the Canadian Multicentre Osteoporosis Study. *Osteoporosis International*, 20(5), 703-714;

Petronilho, F.A.S (2013). **A ALTA HOSPITALAR DO DOENTE DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO: DECISÕES, DESTINOS, PADRÕES DE ASSISTÊNCIA E DE UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS - Estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador** - Universidade de Lisboa. (Tese de Doutoramento em Enfermagem), Lisboa;

19

Skelton, D. A. Todd, C. J. (2007). Prevention of Falls Network Europe: a thematic network aimed at introducing good practice in effective falls prevention across Europe. Four years on. *Journal of Musculoskeletal Neuronal Interact*. Vol. 7, nº 3, 273-278;

Todd, C. Skelton, D. (2004). What are the main risk factors for falls among older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? Europe Health Evidence Network Report. Copenhagen. 2004;

21

Martin, F. (2011). –Falls risk factors: assessment and management to prevent falls and fractures. *Canadian Journal on Aging*. Vol. 30, nº 1, 33-44;

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company;

18

Pereira, I.C.B.F. (2013). *REGRESSO A CASA – Estrutura da Ação de Enfermagem*. Lisboa: Universidade Católica Editora;

Rubenstein, L.Z. (2006). Falls in olden people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age Ageing*. 35 supl (2), 37- 41;

Santos, C. I. R. R. (2010). *Os custos das fracturas de etiologia osteoporótica em mulheres: Institucionalização na Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) e Lares de 3ª idade* (Doctoral dissertation, Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa);

20

World Health Organization (2002). *Active Ageing, A Policy Framework*. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain. Acedido a 3/4/2016. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf ;

World Health Organization (2007). *WHO Global report on falls prevention in older age*. France: WHO;

Zijlstra, G. A., van Haastregt, J. C. & Kempen, G. I. (2007). Interventions to reduce fear of falling in community-living older people: a systematic review. *J. Am. Geriatric Soc*. 55 (4), 603-615.

22

APÊNDICE VII – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PROJETO DE ESTÁGIO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

O atual trabalho de projeto, intitulado “ **Prevenção de queda no domicílio da Pessoa Idosa: Intervenções de Enfermagem**”, no âmbito da Unidade Curricular do 3º semestre - Relatório com Estágio- do 7º Curso de Pós Especialização e Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob a orientação da Professora Doutora Adriana Henriques e Co-Orientadora Professora Doutora Cristina Baixinho, tem como principal objetivo desenvolver competências como enfermeira especialista na área Médico-Cirúrgica, vertente de especialização pessoa idosa, na identificação do risco de queda na pessoa idosa e implementação de intervenções adequadas e exequíveis à pessoa idosa, com ênfase na prevenção de queda, promovendo a segurança e a independência desta na comunidade.

Para que este objetivo seja atingido pretende-se avaliar o risco de queda assim como conhecer os fatores de risco (modificáveis e não modificáveis) de queda da pessoa idosa inscrita na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Olival inserida na Unidade de Cuidados Continuados Integrados Cacém *Care*, e nos quais é mais pertinente intervir, de forma multidisciplinar.

A participação no projeto é voluntária, gratuita e estão garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados.

A identificação dos participantes nunca será tornada pública e os contatos serão feitos em ambiente de privacidade, nomeadamente o domicílio da pessoa idosa, acrescentando-se ainda que este projeto mereceu o parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale Tejo. Em qualquer altura pode interromper ou desistir do consentimento e abandonar o estudo, sem quaisquer prejuízos assistenciais ou outros.

Se concordar em participar neste projeto, solicito o preenchimento de um questionário, que demora cerca de 30 minutos a ser preenchido.

Obrigada pela sua colaboração e disponibilidade!

Teresa Maria Lopes Vaz de Oliveira
Enfermeira
Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Olival
Telefone Móvel: xxx xxx xxx
e – mail: tmlvoliveira@gmail.com
teresaoliveira@campus.esel.pt

Considero que fui esclarecido sobre:

1. Âmbito da realização da colheita de dados;
2. Objetivos do trabalho a desenvolver;
3. Confidencialidade dos dados;
4. Outras dúvidas que tive.

Data: _____

Assinatura: _____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:

UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

APÊNDICE VIII – Parecer da Comissão de Ética para a
Saúde da ARSLVT e Direção Executiva do
ACES Sintra

Exma. Senhora

Dr.ª Teresa Maria Lopes Vaz de Oliveira

teresaoliveira@campus.esel.pt

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

909/CHS/2017

23.01.2017

Assunto: Estudo: "Prevenção de Queda no Domicílio da pessoa idosa: intervenções de enfermagem".

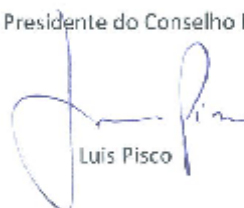
A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, tendo sido emitido um parecer favorável.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido por aquela Comissão, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

O Vice - Presidente do Conselho Directivo


Luis Pisco



Teresa O. <tmlvoliveira@gmail.com>

FW: Comissão de Ética da ARSLVT - Processo 090/CES/INV/2016

3 mensagens

Teresa Oliveira | UCSP Olival <teresa.v.oliveira@arslvt.min-saude.pt> 24 de janeiro de 2017 às 14:30
Para: "teresaoliveira@campus.esel.pt" <teresaoliveira@campus.esel.pt>, "tmlvoliveira@gmail.com" <tmlvoliveira@gmail.com>

De: Susana Matos | UAG ACES Sintra
Enviado: 19 de janeiro de 2017 14:45
Para: Teresa Oliveira | UCSP Olival
Cc: Ana Andrade | ACES Sintra - Direção Executiva; Maria João Barrau | Pres. CCS Sintra; Claudia Rainha | Vogal CCS ACES Sintra
Assunto: FW: Comissão de Ética da ARSLVT - Processo 090/CES/INV/2016

Sra. Enfermeira Teresa Oliveira,
Boa tarde.

Encarrega-me a DE e o CCS do ACES Sintra de lhe reencaminhar e-mail da Comissão de ética, com aprovação da investigação que se encontra a desenvolver.

Com os melhores cumprimentos,
Susana Soares de Matos
Assessoria à Direção Executiva
[cid:image001.png@01D189F1.B9E5BDE0]
ACES Sintra
Rua Teixeira de Pascoais
2745-852 MASSAMÁ
TEL +351 214 398 580 FAX +351 214 398 584
susana.matos@arslvt.min-saude.pt<mailto:susana.matos@arslvt.min-saude.pt>
aces.sintra@arslvt.min-saude.pt<mailto:aces.sintra@arslvt.min-saude.pt>
PENSE ANTES DE IMPRIMIR
[cid:image005.jpg@01D1F986.419EB8F0]<http://www.sns.gov.pt/>

De: Paula Monteiro | Assessoria
Enviada: quarta-feira, 18 de janeiro de 2017 14:57
Para: Ana Andrade | ACES Sintra - Direção Executiva <ana.andrade@arslvt.min-saude.pt><mailto:ana.andrade@arslvt.min-saude.pt>>
Cc: Antonio Manuel Nuncio Faria Vaz | Assessoria <faria.vaz@arslvt.min-saude.pt><mailto:faria.vaz@arslvt.min-saude.pt>>
Assunto: Comissão de Ética da ARSLVT - Processo 090/CES/INV/2016

Sr.ª Eng.ª Ana Andrade,

Encarrega-me o Sr. Presidente da Comissão de Ética, Dr. António Faria Vaz, de lhe enviar o parecer em anexo, que foi emitido na última reunião da secção de investigação.

Com os melhores Cumprimentos

Paula Monteiro
Secretariado
Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT
Comissão de Farmácia e Terapêutica da ARSLVT
Núcleo Apoio à Investigação clínica
[cid:image001.jpg@01D2719B.2A2541C0]<http://www.arslvt.min-saude.pt/>[cid:image002.png@01D2719B.2A2541C0]<https://www.sns.gov.pt/>

APÊNDICE IX – Indicadores de Avaliação/Execução

Objetivos Operacionais	Indicadores de Avaliação	Meta
Contribuir para o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem da UCSP Olival e UCC Cacém Care na prevenção de quedas no domicílio da PI visando o autocuidado da mesma;	Nº de enfermeiros presentes na ação de formação e desenvolvimento profissional “Prevenção de queda no domicílio da pessoa idosa: intervenções de enfermagem” / Nº de enfermeiros da UCSP Olival e UCC Cacém Care x 100	75% (2ª sem. jan./2017)
Envolver a equipa de enfermagem sobre a importância da uniformização dos registos em SClinico;	Nº de enfermeiros com ganhos de conhecimentos/nº enfermeiros participantes na ação de formação e desenvolvimento profissional “Prevenção de queda no domicílio da pessoa idosa: intervenções de enfermagem” / Nº de enfermeiros da UCSP Olival e UCC Cacém Care x 100	75% (2ª sem. jan./2017)
Contribuir para a redução de estruturas que potenciem o risco e nº efetivo de quedas;	Nº de pessoas presentes na ação de EpS “As quedas Acontecem! Eu previno... e você?” / Nº pessoas idosas inscritas na “Classe de movimento” x 100	75% (2ª sem. fev./2017)
Contribuir para a cultura de segurança da PI na prevenção de quedas no domicílio;	Nº pessoas satisfeitas com a ação ÉpS / Nº pessoas idosas participantes x 100	75% (2ª sem. fev./2017)
	Nº de visitas domiciliárias realizadas referenciadas por parceiros de cuidados / nº de visitas planeadas em reunião de parceria x 100	75% (2ª sem. fev./2017)

APÊNDICE X – Estudo de caso na UCSP Olival



5º Curso de Pós Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica Vertente
Pessoa Idosa

Estudo de Caso Clínico

A Pessoa Idosa na Comunidade com Úlcera Venosa

Teresa Maria Lopes Vaz de Oliveira

Lisboa
Dezembro
2016





5º Curso de Pós Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica
Vertente Pessoa Idosa

Estudo de Caso Clínico

A Pessoa Idosa na Comunidade com Úlcera Venosa

Teresa Maria Lopes Vaz de Oliveira

Orientador: Professora Doutora Maria Adriana Pereira Henriques

Co-Orientadora: Professora Doutora Cristina Baixinho

Lisboa
Dezembro
2016



ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO.....	3
1. IMPACTO DE UMA ÚLCERA VENOSA NUMA PESSOA IDOSA NA COMUNIDADE.....	4
1.1. Processo de Enfermagem.....	6
1.1.1 Colheita de dados.....	7
1.1.1.1. Antecedentes pessoais.....	7
1.1.1.2. Antecedentes familiares.....	8
1.1.1.3. História da doença atual.....	9
2. MAPA DE CUIDADOS.....	12
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....,,	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25

INTRODUÇÃO

Decorrente da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, foi proposto a realização de um estudo de caso, apresentando-se este no ensino clínico em contexto na comunidade e relata o estudo de um caso real de um cliente com 93 anos, tendo como foco de ação a problemática de uma pessoa idosa com uma úlcera venosa crónica do membro inferior, em contexto de Cuidados de Saúde Primários, sustentando a minha intervenção na perspetiva da Teoria do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem (2001) fazendo o levantamento do diagnóstico à luz da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIFE®), versão 2 (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Os dados foram colhidos através de observação direta, entrevista ao cliente e consulta do respetivo processo clínico.

Foi solicitada autorização ao cliente e esclarecidas as dúvidas colocadas. O cliente deu o seu consentimento tendo a proteção do anonimato e confidencialidade dos dados deste salvaguardados, sendo a identidade deste omissa e nominada por letras, respeitando assim o artigo 85º - do Dever de Sigilo – Deontologia Profissional de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O objetivo geral delineado para este trabalho é:

- ✚ Realizar um estudo de caso a um cliente idoso com úlcera venosa crónica no membro inferior;

E como específicos:

- ✚ Aprofundar conhecimentos sobre úlcera venosa;
- ✚ Avaliação multidimensional da Pessoa Idosa;
- ✚ Avaliação do risco de queda na comunidade;
- ✚ Apresentar um plano de cuidados, utilizando linguagem CIFE®;

Este estudo caso encontra-se estruturado em quatro capítulos principais onde fazem parte a introdução, um curto enquadramento teórico que resulta de uma revisão da literatura acerca da temática, o processo de enfermagem e considerações finais.

1. O IMPACTO DE UMA ÚLCERA VENOSA NUMA PESSOA IDOSA NA COMUNIDADE

Presentemente verifica-se que a população mais velha vive cada vez mais anos e com melhor qualidade de saúde. Retardam-se e curam-se cada vez mais doenças, alargam-se e melhoram-se os serviços de prestação de cuidados de saúde e sociais aos idosos. No entanto há diferenças quanto à forma como decorre o processo de envelhecimento, quer em termos individuais como a saúde física ou a satisfação de necessidades psicológicas, quer em contexto cultural, pois tanto podem significar uma mais-valia e prestígio social, como ser sinónimo de dependência e menor importância social. Esta ideia vem reforçar o conceito de envelhecimento com qualidade de vida, que valoriza o indivíduo no seu contexto sociocultural, integrando as suas experiências vividas, estabelecendo o paralelismo entre as pressões ambientais e as suas capacidades de adaptação (Fernández- Ballesteros, 2013),

As doenças crónicas constituem o maior problema de saúde em países desenvolvidos e as tendências para os países em desenvolvimento preveem uma situação similar. O envelhecimento da população está diretamente relacionado com a possibilidade viver com doença crónica (WHO, 2003).

Segundo Baranoski e Ayello (2006) citando Sussman (1998) a definição de ferida crónica surge como “aquela que se desvia da sequência esperada da reparação, em termos temporais, aparência e resposta a tratamentos agressivos e apropriados” (Baranoski & Ayello, 2006, p.79), sendo a definição de ferida crónica adotada pela *Wound Healing Society* a proposta em 1992 por Lazarus “ as feridas crónicas dificilmente progridem através de uma sequência de reparação normal, ordeira e atempada” (Baranoski & Ayello, 2006, p.79).

Nesta sequência constata-se que as feridas crónicas, das quais consta a úlcera crónica dos membros inferiores, provocam danos funcionais significativos na qualidade de vida das pessoas, para além dos grandes custos financeiros quer para o cliente quer para o sistema de saúde (Graves & Zheng, 2012).

Segundo Sousa (2009) citando Furtado (2003), em Portugal, estima-se haver uma prevalência de 1,42 (1,3 para homens e 1,46 para mulheres) por cada mil habitantes, sendo que a maioria dos clientes com úlcera crónica de membros inferiores são seguidos nos Cuidados de Saúde Primários. Saliente-se, nesta sequência, que o aparecimento deste tipo de úlcera é mais comum com o envelhecimento, verificando-se um aumento significativo da prevalência deste tipo de úlcera entre os sessenta e os oitenta anos (Sousa, 2009).

Yamada (2001) afirma que o cuidado à pessoa com uma ferida crônica assenta na premissa de que é um problema em larga escala, representando um desafio que tem de ser encarado diariamente, tanto por quem vivencia tal situação, como pelos cuidadores formais ou informais destas pessoas, ou até mesmo por aqueles que com estas convivem.

A vivência de uma pessoa com ferida crônica, nomeadamente de úlcera venosa dos membros inferiores, alberga vários âmbitos que para além do aspeto físico da existência de uma ferida. A vasta abrangência do impacto que uma ferida crônica tem na vida de uma pessoa implica uma abordagem partilhada com o propósito de otimizar o bem-estar da pessoa que vive com ferida crônica, esta ideia é sustentada por Aujjoulat (2007) quando afirma “o que as pessoas querem é controlar a sua própria situação. A autogestão e a tomada de decisão compartilhada são resultados primordiais da capacitação”.

Tendo como propósito uma cicatrização eficaz da ferida crônica deve ser feita uma avaliação da mesma. Branoski e Ayello (2006) referenciam que deva ser instituído um processo que associa a observação, colheita de dados e avaliação, fazendo parte importante da prestação de cuidados à pessoa. Desta avaliação deve incluir uma avaliação inicial e todas as alterações, intervenções e tratamentos que venham a ser realizados, sendo que a avaliação da mesma é realizada de acordo com o plano de cuidados instituídos, baseando-se nas características observadas aquando as mudanças de pensos, indicações médicas ou de outros profissionais.

A avaliação da ferida é apenas parte da avaliação global realizada ao indivíduo, devendo ser igualmente avaliado, a idade, o nível de mobilidade, o grau de dependência, o estado nutricional, a presença ou ausência de doenças concomitantes, o estado mental (stress e distúrbios de sono), a medicação que faz e a atitude que adota (Benbow, 2007, DGS, 2013).

O recurso a instrumentos próprios das condições singulares inerentes a cada pessoa deverá ser complementado por ferramentas para avaliar cada uma das decisões de tratamento das feridas e consequentes benefícios para o cliente, especificamente para o idoso. O resultado destas decisões aparece como consequência de uma boa autogestão assim como de excelentes cuidados médicos e de enfermagem. A capacitação e a educação são essenciais para a implementação de um tratamento de feridas efetivo, com particular enfoque nos cuidados centrados no cliente (Jordan, 2002).

1.1 Processo de enfermagem

Neste estudo de caso optou-se por uma teoria que permitisse identificar problemas relacionados com o estado físico, espiritual, mental e psicossocial da pessoa em estudo, de forma a poder elaborar um plano de cuidados que estimulasse de forma ativa o cliente no seu tratamento e aumentar assim a responsabilidade no resultado esperado.

A enfermagem enquanto ciência do cuidar tem como principal propósito considerar as necessidades das pessoas, e para Dorothea Orem, estas necessidades estão relacionadas com o *déficit* de autocuidado, sendo o enfermeiro o principal ator para estimular a orientação para o autocuidado, promovendo a prevenção, a cura e a reabilitação, tendo em consideração as crenças, os hábitos, os valores e práticas que caracterizam o grupo de pessoas a serem objeto de intervenção de enfermagem (Taylor in Tomey & Alligood, 2002).

A ideia central da Teoria do Déficit de Autocuidado é que as condições necessárias das pessoas para a enfermagem estão associadas à subjetividade da maturidade e do amadurecimento das pessoas em relação às limitações da ação relacionadas com a saúde ou com os cuidados de saúde (Taylor in Tomey & Alligood, 2002).

O processo de enfermagem proposto por Orem, em George (2000), compreende três passos, sendo o primeiro a fase de diagnóstico e prescrição, onde o enfermeiro determina as necessidades ou não de cuidados de enfermagem, o segundo, a fase do planeamento dos sistemas de enfermagem, assim como do planeamento da execução dos atos de enfermagem e o terceiro inclui a produção e execução do sistema de enfermagem, ou seja, onde o enfermeiro pode prestar auxílio ao indivíduo (ou família) no que se refere ao autocuidado, de modo a alcançar resultados identificados e descritos de saúde. Com a utilização do modelo de Orem, as metas são compatíveis com o diagnóstico de enfermagem, capacitando o paciente a tornar-se um verdadeiro agente de autocuidado (George, 2000).

De forma a contribuir para que o idoso se consciencialize do seu espaço na sociedade, construindo sobre si próprio uma visão mais otimista, considerando-se produtivo, capaz de contribuir significativamente para a sociedade em que está inserido, realça-se o papel do enfermeiro como membro participante do processo de educação do idoso tomando como base das suas ações educativas a Teoria de Orem a fim de proporcionar o autocuidado.

1.1.1 Colheita de Dados

O Sr C.C. é um cliente do sexo masculino, tem 93 anos, reside no Cacém, é natural de Lisboa, mas viveu a sua infância na Ericeira com os avós paternos. Gosta de ser tratado pelo primeiro nome.

Frequentou a escola primária até á 4ª classe.

Tem 100 Kg e 176 cm de altura. IMC= 32 e perímetro abdominal de 110 cm

Católico não praticante. Foi mecânico durante 48 anos e atualmente está em situação de aposentação desde há 27 anos.

É casado, tem 1 filho com 61 anos, com a qual tem uma relação difícil e pouco estável, que vive com a nora e tem 1 neto com 27 anos, com o qual têm mantém uma relação bastante próxima.

Como atividades de lazer gosta de ver TV e fazer peças em madeira com fósforos. Refere ter uma habitação própria, uma vivenda com jardim no Cacém com condições sanitárias, com canalização e com 2 degraus na porta de entrada.

1.1.1.1 Antecedentes pessoais

Refere ter Hipertensão arterial há 15 anos, medicado e controlado com terapêutica.

Refere ter Diabetes *Mellitus* tipo 2 há 15 anos, controlada com antidiabéticos orais. Não cumpre com rigor o regime alimentar, no entanto perdeu 6 Kg em 6 meses após esforço com a alimentação, tendo reduzido IMC de 34 em abril para 32 em outubro

Refere dormir aproximadamente 5 horas por noite, um sono restaurador;

Refere alterações da acuidade visual, tendo sido submetido a intervenção cirúrgica a cataratas dos dois olhos, alternadamente, há cerca de 5 e 8 anos respetivamente, em Lisboa. Fez à *posteriori laser* por presença de coágulo num dos olhos, do qual recupera na totalidade.

Ex-fumador; refere ter deixado de fumar há cerca de 30 anos (na época fumava 15 cigarros por dia).

Ingeria álcool habitual e diariamente até há 20 anos, atualmente só às refeições e não diariamente.

Em criança refere ter tido sarampo e papeira.

Refere quedas várias, a maior parte por desequilíbrio. A última queda foi em janeiro 2016.

Há cerca de 15 anos teve um Acidente Vascular Cerebral com sequelas no olho esquerdo.

Fez cateterismo cardíaco por apresentar obstrução da carótida de cerca de 95%. Na última avaliação, há 2 anos apresentava cerca de 25% de obstrução das carótidas.

É nessa altura que também é revelado que é diabético. Refere ainda artroses no joelho esquerdo.

Há cerca de 5 anos foi diagnosticado com Hipertensão arterial. Foi internado com associação de tromboflebite no membro inferior esquerdo; desde essa altura ficou a fazer Varfine, com controlo analítico mensal.

Continua a ser seguido em consulta externa de cirurgia vascular, cuja última consulta foi há cerca de 2 meses.

Regime medicamentoso atual:

Medicamento	Em jejum	Peq. Almoço	Almoço	Jantar
Diamicron 80 mg	-	1	1	1
Praxilene 200 mg	-	1	1	1
Risidon 850 mg	-	1	1	1
Varfine 5 mg	-	-	-	1
Zyloric 300 mg	-	-	-	1
Crestor 20 mg	-	-	-	1
Co- Diovan 160 mg	-	1	-	-
Duagen 0,5 mg	-	-	-	1
Lasix 40 mg	1	-	-	-
Daflon 500 mg	-	1	-	1

1.1.1.2. Antecedentes familiares

Os pais do Sr C já faleceram ambos, a mãe aos 60 anos com neoplasia da mama e o pai aos 70 anos com AVC.

A esposa do Sr C.C. tem 80 anos, saudável, atualmente reformada desde os 60 anos. Exerceu como administrativa numa empresa do estado. A esposa do Sr C. é a cuidadora, é muito interessada, prestando colaboração ativa no processo de saúde/doença do marido.

1.1.1.3. História da doença atual

À observação, calmo, lúcido, orientado no espaço e no tempo, aparência bem cuidada, colaborante em todas as atividades solicitadas. Acompanhado pela esposa; ambos bem-dispostos e comunicativos.

Comunicação mantida;

Pele e mucosas coradas, hidratadas e quentes;

Sem alterações de acuidade auditiva;

Em relação à mobilidade e locomoção, provocado pelas artroses no joelho esquerdo, apresenta alguma limitação, pelo sente necessidade de usar equipamento adaptativo-andarilho.

Refere manter sensibilidade periférica.

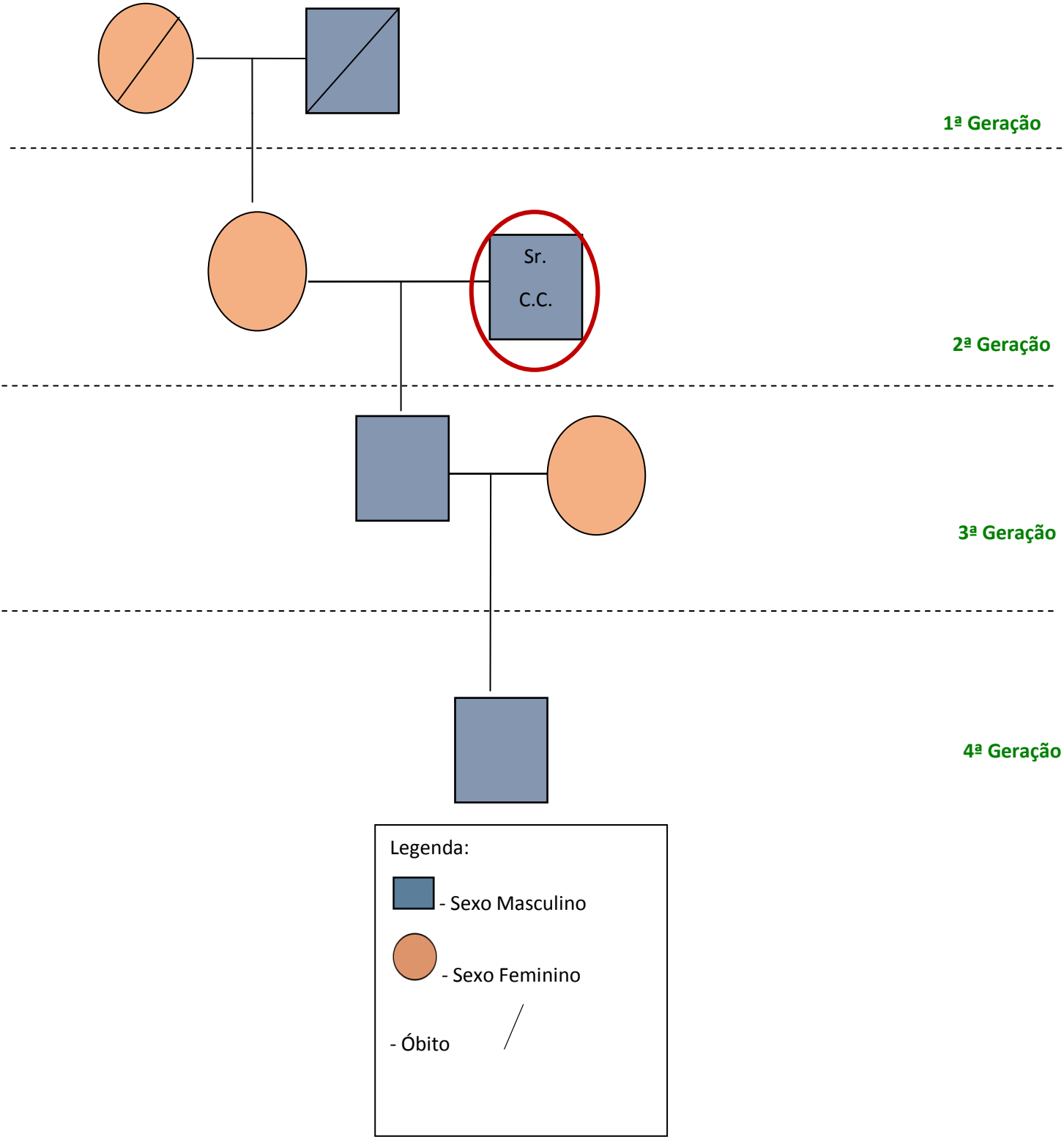
Apresenta úlcera venosa no membro inferior esquerdo.

Em relação à história da doença atual, refere que há cerca de 6 meses tem úlcera na perna esquerda.

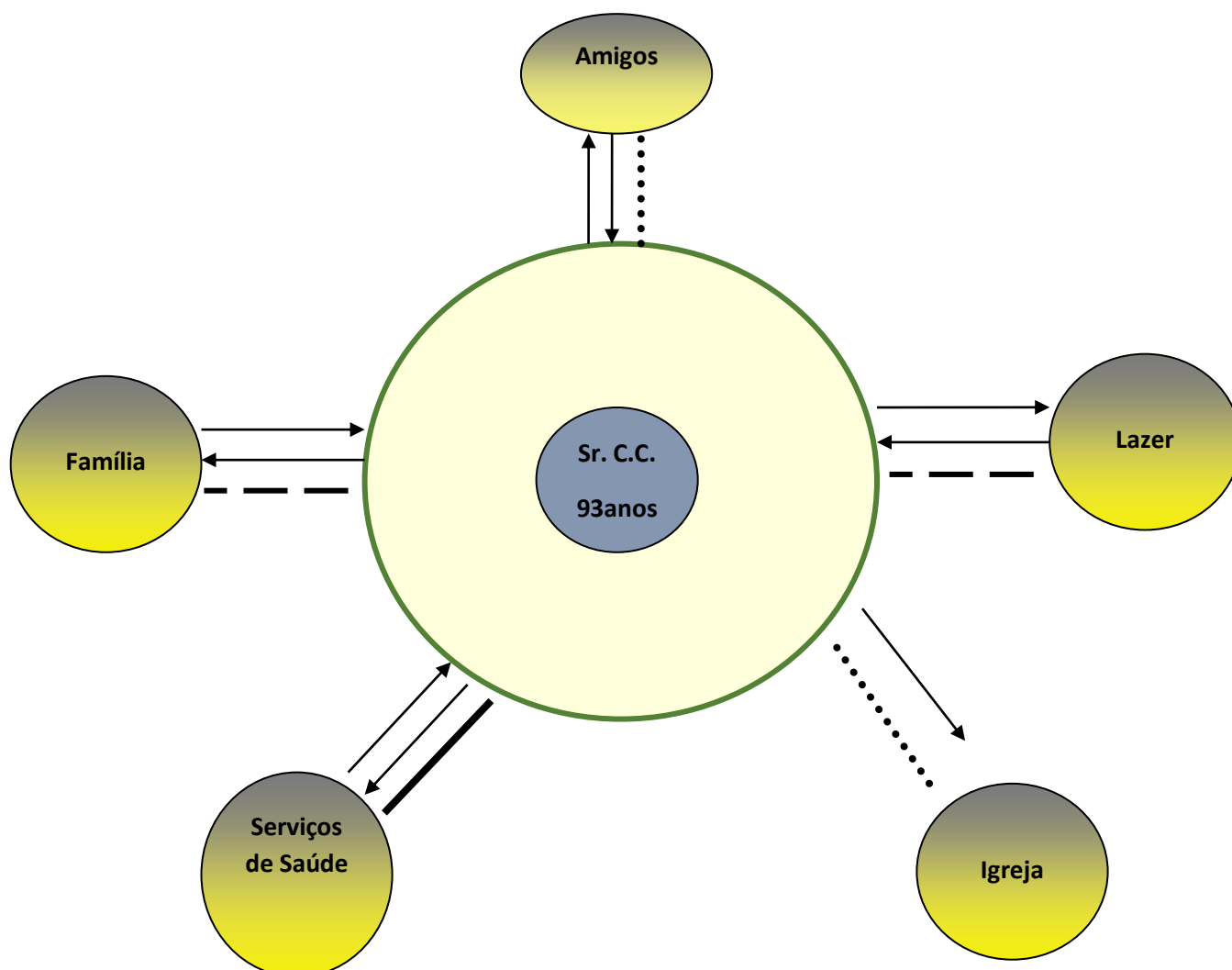
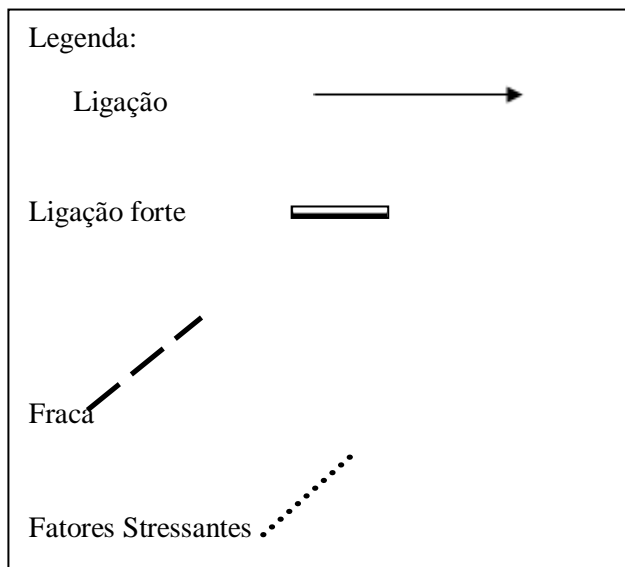
Atualmente está a fazer fisioterapia 3 x semana.

Seguem o Genograma e o Ecmapa do Sr. C.C. para melhor compreensão da estrutura interna e externa deste utente.

Genograma



Ecomapa



2. MAPA DE CUIDADOS

O plano de cuidados foi efetuado com base na versão 2.0 do S. Clínico e incluído o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (PNSPI) conforme consta nesta versão.

PROGRAMAS DE SAÚDE	FOCOS DE ATENÇÃO	STATUS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AValiação
Programa Nacional para a Saúde de Pessoas Idosas	AUTO-CUIDADO	Avaliar Autocuidado	Monitorizar a dependência através da Escala de <i>Barthel</i>	31/10 a 30/11/2016 (2/11) Autocuidado dependente, em grau moderado (75)
			Avaliação do estado cognitivo através do <i>Mini Mental State Examination</i>	Sem <i>déficit</i> cognitivo: 25
				Demonstra crença que é capaz de recuperar de forma moderada; Demonstra desejo em se tornar mais independente; Capacidade física média apesar de apresentar motivação, proatividade e envolvimento no processo.
		Avaliar conhecimento para promover o autocuidado: Autocuidado comprometido	Autocuidado Incentivar aceitação do estado de saúde Incentivar envolvimento da pessoa Incentivar iniciativa Incentivar progressos Incentivar tomada de decisão Promover consciencialização	30/11/2016 Mantém escala de <i>Barthel</i> com o mesmo valor, no entanto apresenta níveis de confiança pessoal elevados, utilizando estratégias adaptativas para o autocuidado;

PROGRAMAS DE SAÚDE	FOCOS DE ATENÇÃO	STATUS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AValiação
Programa Nacional para a Saúde de Pessoas Idosas	AUTOCUIDADO	<p>Avaliar potencial do prestador de cuidados para tomar conta:</p> <p>Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados para promover o autocuidado;</p> <p>Antecedente de sobrecarga (exaustão, stress) para o cuidador;</p> <p>Avaliar conhecimento do prestador de cuidados para promover o autocuidado:</p> <p>Potencial para melhorar o conhecimento do prestador para promover o autocuidado;</p>	<p>Ensinar o prestador de cuidados a promover a autonomia;</p> <p>Ensinar o prestador de cuidados sobre dispositivos para alimentar-se;</p> <p>Ensinar o prestador de cuidados sobre dispositivos para o autocuidado para cuidados de higiene;</p> <p>Ensinar o prestador de cuidados sobre mover-se com material adaptativo para deambulação;</p>	<p>A esposa tem contribuído no autocuidado do Sr. C. ao recorrer ao uso de estratégias adaptativas.</p>

PROGRAMAS DE SAÚDE	FOCOS DE ATENÇÃO	<i>STATUS</i>	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
Grupo de Risco de Diabetes	Autovigilância	Conhecimento sobre autovigilância demonstrado	<p>Vigiar autovigilância;</p> <p>Incentivar autovigilância;</p> <p>Instruir autovigilância dos pés;</p> <p>Ensinar sobre autovigilância da glicémia capilar;</p> <p>Ensinar sobre autovigilância da tensão arterial;</p> <p>Ensinar a relação entre autovigilância e prevenção de complicações;</p> <p>Providenciar material de leitura sobre autovigilância;</p>	Em todos os contactos o utente refere ter conhecimento sobre autovigilância.

PROGRAMAS DE SAÚDE	FOCOS DE ATENÇÃO	STATUS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AValiação
Grupo de Risco Diabetes	Obesidade	<p>Conhecimento sobre exercício físico demonstrado.</p> <p>Conhecimento sobre regime alimentar não demonstrado.</p> <p>Conhecimento sobre excesso de peso demonstrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Ensinar sobre hábitos alimentares; * Informar sobre Guia do diabético; * Ensino sobre complicações de excesso de peso; * Vigiar conhecimento sobre complicações do excesso de peso; * Incentivar a atividade física; * Ensinar sobre hábitos de exercício; * Planear a dieta; * Ensino sobre hábitos alimentares; * Ensino sobre relação de ingestão de alimentos e crescimento ponderal; * Ensinar sobre fisiopatologia da doença; * Ensinar sobre sinais de hipoglicémia capilar; * Ensinar sobre sinais de hiperglicemia capilar; * Ensinar sobre medidas de prevenção de complicações; * Monitorizar altura corporal; * Monitorizar peso corporal; * Monitorizar Índice de massa corporal; * Monitorizar perímetro abdominal; * Monitorizar Glicémia capilar; * Monitorizar Hemoglobina glicada; * Elogiar os progressos conseguidos; 	<p>31/10 a 30/11/2016 Altura: 176cm Peso: 100Kg IMC: 32 Perímetro Abdominal: 110cm</p> <p>18/11/2016* Foi reforçada importância de efetuar 7 a 8 refeições por dia, incluindo a ceia;</p> <p>* Reforçado ensino face à diminuição de ingestão de açúcar e necessidade de aumento de ingestão de água;</p> <p>* O utente ficou motivado para continuar a se esforçar para redução de peso. (Em abril 2016 apresentava 106 Kg e IMC de 34);</p> <p>* Refere que a glicémia apresenta valores entre 185 e 205 mg/dl (em jejum);</p>

PROGRAMAS DE SAÚDE	FOCOS DE ATENÇÃO	STATUS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AValiação
Grupo de Risco Diabetes	Comportamentos de procura de saúde	Conhecimento de comportamentos de procura de saúde demonstrado	Vigiar conhecimento sobre comportamentos de procura de saúde; Ensinar sobre comportamentos de procura de saúde; Incentivar para comportamentos de procura de saúde; Incentivar para consulta Incentivar para a utilização dos serviços de saúde; Planear consulta; Informar sobre serviços de saúde; Informar sobre guia do diabético; Orientar pessoa para serviços médicos;	31/10 a 30/11/2016 Demonstrou preocupação sobre a necessidade de procura de serviços médicos. Foi a consulta médica 18/11/2016.
	Gestão do regime terapêutico	Conhecimento sobre a gestão do regime terapêutico demonstrado	Vigiar conhecimento sobre regime medicamentoso na gestão do regime terapêutico; Instruir sobre gestão do regime medicamentoso;	31/10 a 30/11/2016 Tem conhecimento da terapêutica, da dose, da via de administração e da frequência das tomas

PROGRAMAS DE SAÚDE	FOCOS DE ATENÇÃO	STATUS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AValiação
Grupo de risco de diabetes	Aceitação do estado de Saúde	Conhecimento sobre aceitação do estado de saúde demonstrado	<p>Promover uma comunicação expressiva;</p> <p>Facilitar a comunicação expressiva de emoções;</p> <p>Encorajar a comunicação expressiva de emoções;</p> <p>Facilitar suporte familiar;</p> <p>Encorajar interação social;</p> <p>Promover envolvimento da família;</p> <p>Otimizar crenças em valores;</p> <p>Apoiar a tomada de decisão;</p> <p>Incentivar a tomada de decisão com conhecimento;</p> <p>Incentivar a relação dinâmica com pessoas com adaptação eficaz;</p> <p>Ensinar sobre serviços de saúde;</p> <p>Ensinar sobre estratégias de <i>coping</i>;</p> <p>Orientar para serviços médicos;</p> <p>Ensinar sobre prestação de serviços na comunidade;</p> <p>Ensinar sobre estratégias de adaptação de locomoção (deslocar com apoio de andarilho);</p>	<p>31/10 a 30/11/2016</p> <p>Demonstrou que consegue falar expressivamente das emoções;</p> <p>Comunicação aberta;</p> <p>18/11/2016</p> <p>Recusa frequentar grupos dinâmicos de convívio.</p>

PROGRAMAS DE SAÚDE	FOCOS DE ATENÇÃO	STATUS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AValiação
Grupo de risco de diabetes	Visão	Conhecimento com visão demonstrado.	Vigiar visão; Incentivar a assiduidade nas consultas de rotina; Planear consultas de rotina; Instruir sobre sinais de alerta;	31/10 a 31/11/2016 Refere consultas de oftalmologia anuais de rotina-
Grupo de risco Hipertensão arterial	Hipertensão	Conhecimento sobre hipertensão arterial demonstrado.	Ensinar sobre hábitos alimentares; Ensinar sobre hábitos de exercício e atividade física; Ensinar sobre relação de ingestão de alimentos e crescimento ponderal; Incentivar o aumento da ingestão de água; Ensinar sobre fisiopatologia da doença; Gerir regime medicamentoso; Monitorizar tensão arterial;	31/10 a 30/11/2016 Refere que os valores avaliados se encontram estáveis; sistólica 142 mm Hg e diastólica 86 mm Hg, não tendo sido ultrapassados estes limites.

PROGRAMAS DE SAÚDE	FOCOS DE ATENÇÃO	STATUS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AValiação
Tratamento Feridas/Úlceras	Úlcera Venosa	Conhecimento sobre úlcera demonstrado	Vigiar úlcera venosa do membro inferior esquerdo; Vigiar penso de úlcera; Executar tratamento à úlcera 2x semana; Vigiar sinais inflamatórios ou de infecção da úlcera; Ensinar sobre complicações da úlcera; Ensinar sobre prevenção de complicações da úlcera;	31/10 a 31/11/2016 Efetuados pensos 2x semana com Aquacel Ag e ligadura de curta tração com compressão moderada; Pensos externamente limpos e secos e úlcera sem sinais de infecção.
Programa Nacional para a Saúde de Pessoas Idosas	Adesão ao regime terapêutico	Conhecimento sobre adesão ao regime terapêutico demonstrado	Vigiar a adesão ao regime terapêutico; Encorajar a tomada de decisão; Elogiar a tomada de decisão; Incentivar a adesão ao regime terapêutico; Elogiar adesão ao regime terapêutico; Orientar para serviços de saúde; Facilitar a iniciativa para comportamentos de adesão;	31/10 a 30/11/2016 Demonstrou interesse na adesão ao regime terapêutico.

PROGRAMAS DE SAÚDE	FOCOS DE ATENÇÃO	STATUS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AValiação
Programa Nacional para a Saúde de Pessoas Idosas	Adesão à Vacinação	Conhecimento de adesão à vacinação demonstrado	Supervisar adesão à vacinação; Vigiar conhecimento sobre a vacinação na adesão à vacinação; Elogiar adesão à vacinação; Planear vacinação; Ensinar sobre a vacinação; Vigiar resposta/ reação à vacinação; Informar das complicações da não adesão à vacinação; Orientar antecipadamente sobre resposta à vacina;	31/10 a 30/11/2016 4/11 - Planeada vacinação (vacina da gripe). 08/11 - Vacinação decorreu sem intercorrências.
	Deambular	Conhecimento sobre deambular demonstrado	Incentivar a deambulação; Informar sobre equipamento adaptativo para deambular; Ensinar sobre estratégias adaptativas para deambular; Orientar no uso de equipamento adaptativo para deambular;	31/10 a 30/11/2016 Veio ao centro de saúde pelo seu pé com apoio de andarilho.

PROGRAMAS DE SAÚDE	FOCOS DE ATENÇÃO	STATUS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AValiação
Programa Nacional para a Saúde de Pessoas Idosas	Queda	Conhecimento sobre a queda e o risco de queda demonstrado	<p>Avaliar o risco de queda através da escala de Morse (SClinic);</p> <p>Avaliar o medo de cair através da <i>Falls Efficacy Scale</i> VP;</p> <p>Avaliar o nível funcional através do Teste <i>Timed Up and Go</i> VP;</p> <p>Assistir o utente a identificar condições de risco para a queda;</p> <p>Assistir o prestador de cuidados a identificar condições de risco para a queda;</p> <p>Ensinar sobre prevenção de quedas;</p> <p>Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de quedas no domicílio;</p> <p>Gerir o ambiente físico;</p> <p>Instruir sobre a utilização de equipamentos para prevenção de queda;</p> <p>Instruir o prestador de cuidados sobre a utilização de equipamentos para prevenção de quedas;</p> <p>Supervisar as atividades da pessoa;</p> <p>Treinar a utilização de equipamento para prevenir as quedas;</p> <p>Treinar o prestador de cuidados para a utilização de equipamento para prevenir as quedas;</p> <p>Vigiar a ação do utente;</p>	<p>Efetuada monitorização do Risco de Queda: Médio Risco: 40.</p> <p>Efetuada monitorização do medo de cair: Score 32 (pouca confiança).</p> <p>Efetuada a monitorização do nível funcional: Score: Risco de queda elevado.</p> <p>22/11/2016</p> <p>O utente, a esposa e o neto mostraram interesse na ação de educação individual sobre a temática com reforço dos itens:</p> <p>Comportamentos promotores da saúde e preventivos de um episódio de queda;</p> <p>Incentivar à realização de exercícios físicos em casa;</p> <p>Aconselhar a manter as medidas de segurança, na realização dos exercícios;</p> <p>Aconselhar a remover ou fixar devidamente os tapetes no chão;</p> <p>Aconselhar a ter sempre um mecanismo de ajuda perto de si (o telefone no bolso, por exemplo).</p>

POGRAMAS DE SAÚDE	FOCOS DE ATENÇÃO	STATUS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AValiação
Hipo coagulado	Hemorragia	Conhecimento sobre sinais de hemorragia demonstra do	<p>Ensinar sobre prevenção de hemorragia;</p> <p>Monitorizar INR;</p> <p>Monitorizar TP;</p> <p>Monitorizar Tensão arterial e frequência cardíaca</p> <p>Orientar antecipadamente para serviços de saúde;</p> <p>Vigiar sinais de hemorragia;</p>	<p>31/10 a 30/11/2016</p> <p>Refere ter feito análises dia 4, com valor de INR de 6,1. Tem medicação suspensa por 2 dias e repete a análise ao 3º dia</p> <p>Repetiu a 15/11/2016 –</p> <p>Valor de INR de 4,2.</p> <p>Repetiu a 23/11/2016-</p> <p>Valor de INR de 3,1.</p> <p>Não apresentou hemorragia significativa durante este período.</p>

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfermeiro de cuidados de saúde primários é responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem e o contacto privilegiado com o idoso permite desenvolver competências específicas na prevenção e redução da solidão e isolamento social, pelo que tem o dever de conhecer as necessidades da população e comunidade em que está inserido, participar na orientação desta e colaborar com outros profissionais na resolução dos problemas de saúde identificados (OE, 2012).

Penso ter alcançado os objetivos a que me propus inicialmente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aujoulat, I., d'Hoore, W., Deccache, A. (2007). Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony? *Patient Education and Counseling* Vol. 66 (1), 13-20.
- Baranoski, S., Ayello, E., A. (2006). *O essencial sobre o tratamento de feridas: princípios práticos*. Loures: Lusodidacta.
- Benbow, M. (2007). *Journal of Community Nursing*. Patient assessment and wounds Jul; 21 (7): 18, 20, 22. Database: CINAHL Plus with Full Text. Acedido a 20/11/2016. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=8f57a8c5-9c76-4451-9f0b-1f42cada599f%40sessionmgr115&hid=124>.
- Fernández-Ballesteros, R., Robine, J. M., Walker, A., Kalache, A. (2013). Active Aging: A Global Goal. *Current Gerontology & Geriatrics Research*. p 1-4. 4p.
- Fortin, M. F. (2003). *O Processo de Investigação: Da conceção à realização*. (3ª ed) Lisboa: Lusociência.
- George, J. B. (2000). *Teoria de Enfermagem: Os fundamentos a pratica profissional*. (4ª ed). Porto Alegre: Artmed
- Graves. N., Zheng, H. (2014). The prevalence and incidence of chronic wounds. *Wound Practice & Research*. Acedido em 20/11/2016. Disponível em: <http://search.informit.com.au/documentSummary;dn=272162994803134;res=IELH EA>.
- World Health Organization (WHO). Active Ageing, A Policy Framework. A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain, April 2002. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf, acedido em 15 de Novembro de 2016.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem comunitária e saúde pública. Acedido a 8/10/2016. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *DEONTOLOGIA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM*. Acedido a 8/10/2016. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt.
- Sousa, F. A. M. R. (2009). *O "Corpo" que não cura. Vivências das pessoas com úlcera venosa crónica de perna*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto. (dissertação de Mestrado). Disponível no RAUP.
- Tomey, A.M., Alligood, M.R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)*. (5.ª edição), Loures: Lusociência.
- Yamada, B. F. A. (2001). *Qualidade de vida de pessoas com úlceras venosas crônicas*. (Dissertação de Mestrado) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. Acedido em 15 de Novembro de 2016. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7138/tde-16022007-113552/>

APÊNDICE XI – Conteúdo da sessão apresentada
a 21/11/2016

PREVENÇÃO DE QUEDA NO DOMICÍLIO DA PESSOA IDOSA: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Prof. Orientador: Professora Doutora Adriana Henriques

Co Orientador: Professora Doutora Cristina Baixinho

Enf^{as} Orientadores: Enf^a Paula Câmara, especialista em Enf. Comunitária e Enf^a Teresa

Pereira, especialista em Enf. Saúde Infantil e Pediatria

Cacém, Novembro 2016

Estudante: Teresa Oliveira
Nº 5378

1. Duração e Contexto

■ 31 de Outubro 2016 a 12 de Fevereiro de 2017

■ UCC Cacém Care – ECCI Cacém

■ UCSP Olival

■ População: pessoa idosa inscrita no ACES Sintra

■ População Alvo: Pessoa Idosa inscrita na UCSP Olival integrados na ECCI Cacém

■ Amostra: pessoas Idosas em programa de cuidados ao domicílio e os seus familiares, com idade ≥ 65 anos

Envelhecimento

"Um processo dinâmico e progressivo, no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, que vão alterando progressivamente o organismo, tornando-o mais suscetível às agressões intrínsecas e extrínsecas que terminam por levá-lo à morte." (Netto, P. 2002)

"(...) o ritmo, a duração e os efeitos desse processo comportam diferenças individuais e de grupos etários, dependentes de eventos e natureza genético-biológica, sócio-histórica e psicológica." (Néri, 2001)

Sumário

1. Duração e contexto
2. Justificação do Tema
3. Diagnóstico da situação prévio ao projeto/Pertinência do Projeto/Análise SWOT
4. Referencial teórico
5. Competências a desenvolver
6. Finalidade, Objetivos gerais
7. Cronograma

2. Justificação do Tema

Envelhecimento:

A nível global (pessoas com 60 anos ou mais): 841 milhões em 2013

Previsão 2050: + de 2 milhares de milhões

(United Nations, 2015)

Em Portugal:

Pessoa Idosa (PI): Toda a pessoa com idade superior a 65 anos

(World Health Organization, 2002)

Entre 2012 e 2060 o Índice de Envelhecimento (IE) aumentará de 131 para 307 idosos/100 jovens

(Instituto Nacional de Estatística, 2014)

Concelho de Sintra:

IE passou de 56,5 idosos em 2001 para 78,4 idosos/100 jovens em 2011

→ 21,9%

(Conselho Local de Ação Social de Sintra, 2014)

Queda

Deslocamento não intencional, em decorrência da perda de equilíbrio postural, que tem como consequência a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo em relação à sua posição inicial, excluindo as mudanças de posição intencionais de descanso em móveis, paredes ou outros objetos. (World Health Organization, 2007)

→ CIPE®, Versão 2 (2011)

➢ Queda (Foco): Evento ou episódio

➢ Cair (Foco): Descida de um corpo de um nível superior para um nível inferior devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar a pessoa e permanecer na vertical.

Dimensão do problema

No Mundo

As quedas são a terceira causa de incapacidade crónica em idosos, sendo responsáveis por uma elevada morbilidade, mortalidade e sofrimento.
(OMS, 2004; Rubenstein L., 2006)

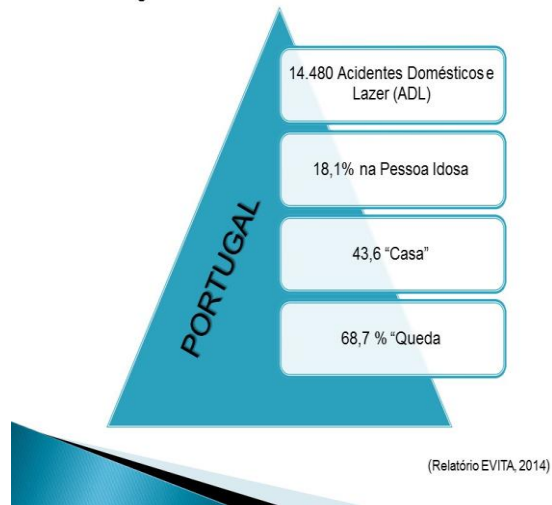
Cerca de 28-35 % das pessoas com idade de 65 anos ou mais caem por ano aumentando para 32-42 % para os que têm mais de 70 anos de idade.
(WHO, 2012)

Anualmente, cerca de 30% da população com mais de 65 anos sofre quedas, sendo que o risco de cair aumenta significativamente após os 75 anos de idade.
(Gillespie et al., 2015)

As lesões associadas (ligeiras a severas), ocorrem em 20 -30 % dos casos, sendo que 10 -15 % implicam recurso ao serviço de urgência. A mortalidade é de aproximadamente 40 %.

Na União Europeia, ocorrem perto de 40 000 mortes/100 000 idosos devido a quedas.
(WHO, 2012; DGS, 2012),

Em Portugal



Fatores de risco de queda na Pessoa Idosa



A queda é um fenómeno complexo que para ocorrer concorrem geralmente vários fatores que interagem de forma dinâmica e requerem especial atenção na avaliação do risco de queda.

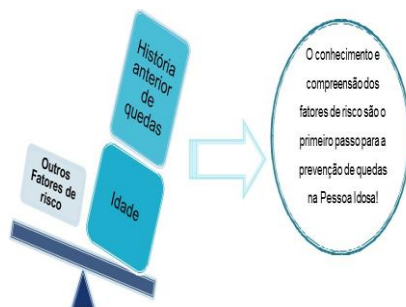
(Daal & van Lieshout, 2005; Todd & Skelton, 2004; WHO, 2007)

Modelo de Fatores de Risco de Quedas em Idosos - Adaptado de (WHO, 2007)



15 % das quedas surgem associadas a um fator externo, que eventualmente conduziria qualquer pessoa a cair e 15% das quedas surgem por existência de fatores específicos, e por uma interação de outros fatores previamente identificados, o que se conclui que as quedas que originam fraturas têm uma origem multifatorial!

(Gillespie, et al, 2015)



(National Center for Injury Prevention and Control, 2008)

(Moyer, 1992; Karlsson, MK, 2013)

Fatores de risco de queda na comunidade

- Ausência de cônjuge
- Não ter o hábito de ler
- História de fratura
- Dificuldade em uma a três AVD*
- Dificuldade em quatro ou mais AVD*
- Alterações de visão
- Hipotensão postural
- Fraqueza
- Baixo e/ou excesso de peso
- História de quedas
- Alterações de marcha
- Uso de auxiliares de marcha
- Vertigens
- Parkinson
- Antiepiléticos

(Deandrea et al, 2013; Rubenstein L., 2006; Netto, P., 2002; Perracini & Ramos, 2002)

* AVD - Atividade de vida diária

Impacto e complicações das quedas em pessoas idosas

Após uma queda o idoso desenvolve sentimentos de preocupação, receio de não conseguir retomar as suas atividades do quotidiano, falta de confiança, e predominantemente medo de voltar a cair (Fotofobia), situação esta que conduz o idoso a reduzir a sua atividade diária, diminuir a massa muscular e indiretamente propor-se a nova queda por aumento da fragilidade.

(Jung D, 2008, Mendes da Costa E et al, 2012, Zijlstra GA et al, 2007)

O medo de cair altera a dinâmica familiar o que por vezes leva o idoso a ser internado num lar.

(Gillespie, et al, 2015)

As Fraturas da Extremidade Proximal do Fémur têm custos clínicos e socio-económicos elevados, em grande parte, associadas à osteoporose. O custo direto, anual, atribuível a todas as fraturas osteopórticas ocorridas na Europa, com um número estimado de 2,7 milhões, é de 36 mil milhões de Euros. Portugal apresenta um custo médio associado a fraturas (fémur e outras localizações) na ordem dos **4.100 €**.

(Amann, G. P, 2012, DGS, 2012)

Instrumentos para avaliar o risco de queda da pessoa idosa na comunidade

> Descrição sociodemográfica (idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão, nº de elementos

do agregado familiar)

> História de quedas

> Listagem das patologias associadas (De acordo com o ICD9)

> Lista de medicação atual (2º o Anatomical Therapeutic Chemical –ATC)

> Falls Efficacy Scale – Validado para a população portuguesa (FES)

> Índice de Barthel – Validado para a população portuguesa

> Teste Get up and Go (TUG) - Validado para a população portuguesa

> Mini-mental statement – Validado para a população portuguesa

> Avaliação da Habitação (Safety home checklist (Akyol, 2007); Prof. Cristina Baixinho)

Prevenção da queda na Comunidade

Os programas de prevenção junto dos idosos, têm a vantagem de, em simultâneo, melhorar o estado de saúde global e a qualidade de vida.

(Bukman et al., 2008)

Programas de prevenção de quedas eficazes e de menor custo envolvem avaliação de risco sistemático e intervenções dirigidas aos riscos. São importantes, programas de exercício físico, de inspeção ambiental e de redução de riscos. Intervenções multidisciplinares na avaliação e nas intervenções, são abordagens ideais para a prevenção de quedas na população idosa.

(Rubenstein, L. Z., 2006)

As estratégias a desenvolver passam pela avaliação individualizada das causas/fatores a que cada pessoa idosa está sujeita. Cabe ao enfermeiro diagnosticar as causas das quedas e sempre que se justifique referenciar para os profissionais da equipa multidisciplinar.

(Cabrita, M., 2012)

Existem fatores que afetam a implementação de programas de prevenção de queda em idosos, os quais estão relacionados com o próprio idoso, a família, os profissionais de saúde e os sistemas dos cuidados de saúde. Para melhorar a implementação dos programas de queda, há crenças e comportamentos a nível individual, organizacional e social que precisam de ser abordados.

(Child, S., 2012)

Desafio para um bem sucedido programa de prevenção: as intervenções serão eficientes se os profissionais e a população-alvo (os idosos) que elaboram o programa estiverem motivados.

(Gschwind, Y., 2011)

A prevenção de quedas inclui intervenções e recomendações individualizadas e informação geral: Causas das quedas, estratégias para reduzir o risco de queda e consequente lesão.

Uma alteração no comportamento aumenta a consciência sobre as causas das quedas.

(Luck, T. 2013)

Os profissionais de saúde quando elaboram um programa de prevenção de quedas em pessoas idosas na comunidade devem considerar a importância da manutenção do equilíbrio na marcha através de exercício físico e eliminar fatores de risco em casa para além de reforçarem medidas que reduzam o "medo de cair".

(Pérula, L. 2012)

As estratégias preventivas podem passar por intervenções únicas, ou então por métodos que englobem vários fatores de risco associados às quedas, como é o caso das intervenções múltiplas e multifatoriais. Na comunidade ambas as intervenções demonstraram eficácia.

(Gillespie et al, 2015)

3. Diagnóstico da situação prévio ao projeto/ Pertinência do

Projeto/Análise SWOT

Perceção pessoal sobre a colheita de dados à PI sobre a temática	Não é levantado o foco "Queda" no SClinico
	Não é utilizado o Instrumento de Avaliação do SClinico para o foco "Queda" – Escala de Morse
	Não existe levantamento do foco "Queda" por parte da Equipa Médica.
Após reunião informal com a Enfermeira Coordenadora e Equipa de Enfermagem	Por ser uma equipa formada recentemente após divisão da Unidade em UCSP/USF, a maioria dos enfermeiros não tem experiência em linguagem CIPE/SAPE e recentemente SClinico, pelo qual não tinham perceção que este foco existia.
	Maioritariamente a equipa de Enfermagem é formada por elementos especializados em Saúde Infantil e com experiência anterior apenas em Pediatria o que leva a um desfoque na especificidade da Pessoa Idosa
	Existe unanimidade na equipa sobre a necessidade de uma mudança na prática de cuidados à Pessoa Idosa

Dados recolhidos na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) da Unidade EOCI Cacém, relativos ao ano de 2015 até Março de 2016, consulta no dia 20/03/2016, pode verificar-se que das 53 pessoas internadas na Rede (48 em 2015 e 5 em 2016), 39 têm idade ≥ 65 anos.

Destas 39 pessoas 20 (51,2%), sofreram queda, o grupo etário com maior número de quedas foi [85 - +] e o sexo feminino foi o mais representativo. Nesta avaliação 9 (23,0%) utentes apresentam Baixo Risco de queda, 20 (51,2%) utentes apresentam Médio Risco e 10 (25,8%) utentes apresentam Alto Risco de queda.

100% dos utentes observados (41) apresentam comorbilidade (mais do que uma patologia associada) e Polimedicação (5 ou mais medicamentos), tendo 90% dos utentes internados na RNCCI frequentado o 1º ciclo.

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Olival (UCSP Olival)				
Grupo Etário	Sexo Masculino	Sexo Feminino	Total	%
65 – 69 anos	366	400	766	4.78
70 – 74 anos	250	327	577	3.60
> = 75 anos	328	473	801	5.00

Tabela 1 – Número de Inscritos por Grupo Etário e Sexo na UCSP Olival em Março de 2016

→ Total de 2.144 utentes [65 - +]

(Fonte: SINUS, 2016)

Recolha de dados no período entre 21/03/2016 a 28/03/2016, a todas as pessoas com 65 anos ou mais que recorreram à Sala de Tratamentos, Consulta de Enfermagem de Diabetes e Vacinação.

41 idosos foram atendidos na Sala de Tratamentos e Consulta de Enfermagem de Diabetes tendo 24 (58,5%) utentes sofrido queda no último ano/mês e 16 (39,0%) destes 24 idosos sofreram queda no domicílio.

O grupo etário que sofreu maior número de quedas foi o [80 - 84] e o sexo feminino foi o que apresentou maior número de quedas (12).

Destes 41 utentes, 5 apresentam Médio Risco de queda e 24 apresentam Alto Risco de queda. Dos 41 utentes observados, 100% apresentam comorbilidade e polimedicação, e 98% frequentou o 1º ciclo.

4. Pertinência do projeto

Na UCSP Olival observa-se que um número elevado de pessoas idosas têm um índice elevado de risco de queda e de acordo com o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004), a promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas com enfoque para as pessoas idosas mais frágeis e vulneráveis, na qual se enquadra a pessoa idosa com risco elevado de queda é uma situação onde o Enfermeiro deverá identificar e intervir com a PI em risco capacitando-a para a promoção da independência da pessoa idosa.

O projeto de prevenção de quedas pretende desenvolver intervenções que visem capacitar a pessoa idosa e suas famílias com os conhecimentos necessários para identificar os determinantes de risco e a melhor forma de os minimizar.

4. Análise SWOT

		Na conquista do Objetivo	
		AJUDA Forças	DIFICULTA Fraquezas
Origem do Fator	Interna (serviço)	Disponibilidade da equipa Trabalho de Equipa Apoio da coordenação para a implementação de novos projetos Equipa de enfermagem da UCC Care com 2 elementos especialistas em Enfermagem Comunitária Fisioterapeuta da UCC Cacém Care inserida no projeto "Fortalecimento muscular, marcha e equilíbrio da PI" (3ª semana no Ginásio da UCSP Olival)	Equipa de enfermagem e médica reduzida (5 ~4) Equipa de enfermagem com 2 elementos especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica
	Externa (ambiente)	Oportunidades Aumentar a visibilidade dos cuidados de enfermagem Envolver a equipa na especificidade da PI	Ameaças Tempo limitado para desenvolver o projeto

4. Referencial Teórico

O enfermeiro pode ser um veículo de conhecimentos, capacitando a população, através da informação e educação a solucionar os seus problemas; pode também ser um agente e/ou parceiro de mudança, motivando as pessoas a modificarem os seus comportamentos.

(Stanhope & Lancaster, 2008)

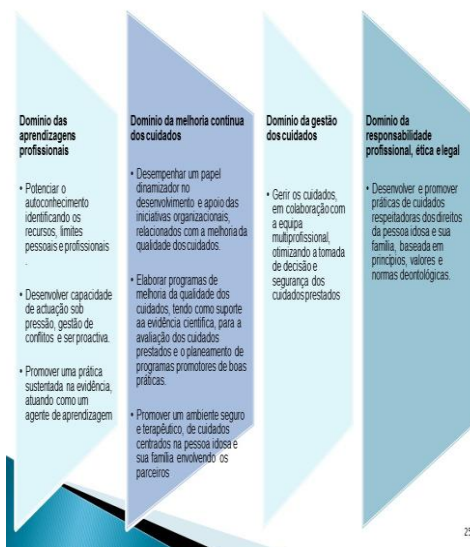
CIPE® (2011) o foco autocuidado – Atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária.

O papel do enfermeiro na prevenção de queda da pessoa idosa deve, partir de intervenções que proporcionem o Autocuidado.

- identificação de risco de queda
- o encaminhamento para recursos do sistema de saúde
- intervenção precoce de forma a potenciar a reabilitação e a reduzir substancialmente o impacto da queda na funcionalidade desta

(Dias, 2011)

5. Competências a desenvolver



25

6. Finalidade e Objetivos gerais

Finalidade:

Desenvolver competências de enfermeira especialista na área médico-cirúrgica, vertente , enfermagem à pessoa idosa. Na área da prevenção da queda no domicílio desta.

Objetivos Gerais:

■ Conhecer o estado da arte relativamente ao fenómeno da prevenção da queda no domicílio da Pessoa Idosa;

■ Desenvolver competência de enfermeira especialista centrada na prevenção de queda no domicílio da Pessoa Idosa;

■ Promover o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem na prevenção de queda no domicílio da Pessoa Idosa;

26

7. Cronograma

Ano	2016												2017		
Mês	Fev	Mar	Abril	Maio	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	
Parte 1 e 2 - Conceção técnica do projeto/Planeamento															
Pesquisa Bibliográfica															
Elaboração de um estado necessário according review															
Revisões de orientação teórica															
Elaboração e entrega do projeto															
Parte 3 - Execução															
Realização do estágio no IZT - serviço Ortopedia															
Realização de estágio na UCC/Centro Cuid/USP Clínica															
Revisões formais e refinamento de envolvimento no projeto															
Diagnóstico na comunidade (RCCI Cuidar/Cari)															
Revisões com a equipa de enfermagem para definição objetivos/implementação de estratégias															
Parte 4 - Avaliação															
Parte 5 - Divulgação															
Elaboração do relatório final															
Divulgação dos resultados à equipa															

27

As referências bibliográficas deste Power Point constam em Anexo do 1º mail de divulgação do Projeto.

28

OBRIGADA!

29

APÊNDICE XII - Conteúdo da sessão apresentada a
18/01/ 2017

PREVENÇÃO DE QUEDA NO DOMICÍLIO DA PESSOA IDOSA:
Intervenções de Enfermagem
A pessoa idosa na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Olival

Prof. Orientador: Professora Doutora Adriana Henriques

Co Orientador: Professora Doutora Cristina Baixinho

Enf's Orientadores: Enfª Paula Câmara, Especialista em Enf. Comunitária e Enfª Teresa Pereira, Especialista em Enf. Saúde Infantil e Pediatria

Cacém, Janeiro 2017

Estudante: Teresa Oliveira
Nº 5378

Sumário

- › Objetivos
- › Envelhecimento
- › A especificidade da pessoa idosa
- › O fenómeno **AUTOCUIDADO** e o foco **Queda** no SClinico
- › Considerações finais
- › Casa segura para idosos - Animação

Objetivos

Objetivo Geral

- Promover o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem na prevenção de quedas no domicílio da pessoa idosa;

Objetivos Específicos

- Contribuir para o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Olival na prevenção de quedas no domicílio da Pessoa Idosa;
- Envolver a equipa de enfermagem sobre a importância da uniformização dos registos em *SClinico*;

Envelhecimento

O envelhecimento da população traz consigo novas exigências de cuidados de saúde e sociais, associados ao aparecimento de défices e a uma maior vulnerabilidade.

(World Health Organization, 2005; Sequeira, 2010)

Concelho de Sintra:

Índice de Envelhecimento passou de 56,5 idosos em 2001 para 78,4 idosos/100 jovens em 2011



(Conselho Local de Ação Social de Sintra, 2014)

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Olival (UCSP Olival)				
Grupo Etário	Sexo Masculino	Sexo Feminino	Total	%
65 – 69 anos	366	400	766	4.78
70 – 74 anos	250	327	577	3.60
> = 75 anos	328	473	801	5.00

Tabela 1 – Número de Inscritos por Grupo Etário e Sexo na UCSP Olival em 2016

A especificidade da Pessoa Idosa



- Idade ≥ 65 anos
- Em SClinico:
Programa nacional para a saúde das pessoas idosas (P. N. Saúde das Pessoas Idosas)

(World Health Organization, 2002; Plano Nacional de Saúde 2012-2016)

➡ Total de 2.144 utentes [65 - +]
(Sistemas de Informação para Unidades de Saúde, 2016)





Visão

- ↓ Acuidade visual
- ↓ Campos visuais
- ↓ Visão periférica
- Perda da percepção de profundidade




Audição

- Perda significativa da audição - > em homens

Olfato e Paladar

- Perda da percepção dos sabores: doce e salgado.

(Netto, 2002; Neri, 2014)

Sistema Cardio Vascular

- Alterações Eletrocardio - gráficas

Sistema Pulmonar

- Aumento da frequência de infeções respiratórias

Sistema Neuro Muscular

- Atrofia cerebral sem comprometimento cognitivo
- Massa muscular e resistência diminuída
- Redução densidade óssea

(Netto, 2002; Neri, 2014)



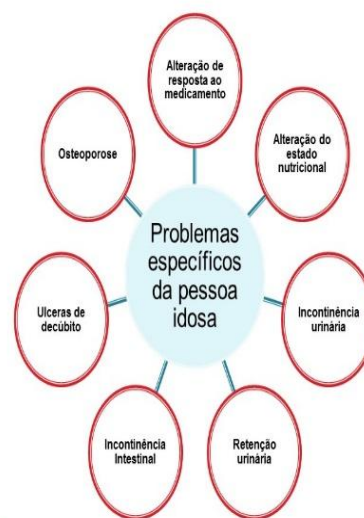

Sistema Reprodutor

- Menopausa
- Andropausa

Pele

- Afinação da pele
- Termorregulação menos eficiente
- Pele mais seca

(Netto, 2002; Neri, 2014)



(Netto, 2002; Neri, 2014)



Conhecer para intervir e intervir para prevenir !

Prevenção de acidentes com pessoas idosas é uma área prioritária do Programa Nacional de Prevenção de Acidentes.

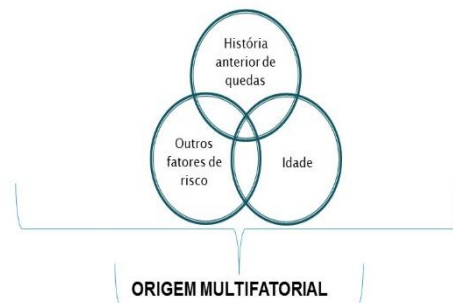
(Direção Geral de Saúde, 2012)

Prevenir a ocorrência de Quedas é um dos objetivos estratégicos do Plano Nacional para a Segurança do Doente (PNSD) 2015 – 2020.

(Diário da República, 2.ª série — N.º 28 — 10 de fevereiro de 2015; Direção Geral de Saúde, 2016)

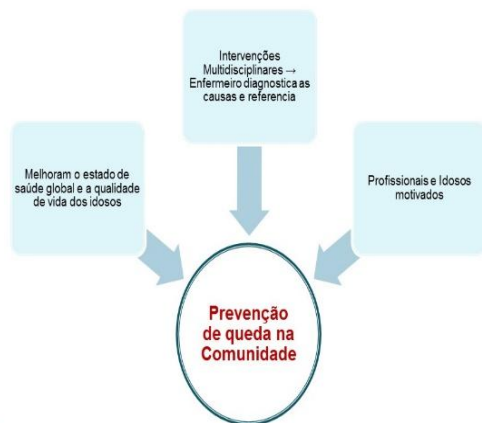


Modelo de Fatores de Risco de Quedas em Idosos – Adaptado de WHO, 2007



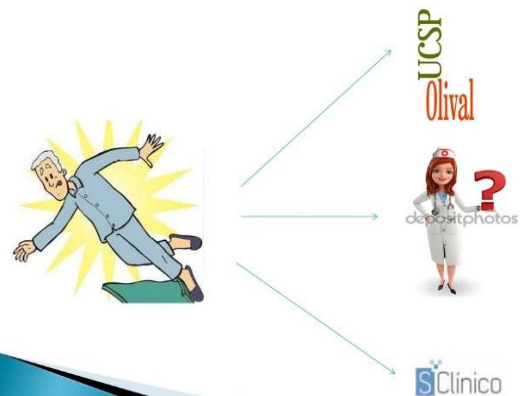
O conhecimento e compreensão dos fatores de risco são o primeiro passo para a prevenção de quedas na Pessoa Idosa!

(National Center for Injury Prevention and Control, 2008; Moyer, v., 2012; Karlsson, MK, 2013; Gillespie, 2015)



(Bukman, 2008; Gschwind, 2011; Cabrita, 2012)

O fenómeno AUTOCUIDADO e o foco Queda no SClínico



Programas de Saúde					
	Activo		Total		
Programas	Q1-2016	M1-2016	Q1-2016	M1-2016	Associado
24. Saúde das Pessoas Idosas	31-08-2016	17:39			<input checked="" type="checkbox"/>
Tratamento Farmacológico	31-08-2016	17:39			<input checked="" type="checkbox"/>
Dependentes	09-12-2016	18:43			<input checked="" type="checkbox"/>
Domicílio	09-12-2016	18:43			<input checked="" type="checkbox"/>

Fenómenos Frequentes					
	Q1-2016	M1-2016	Q1-2016	M1-2016	
Envelhecimento fisiológico					
Envelhecimento muscular					
Incontinência de Bexiga					
Contorno					
Adaptação do Estado de Saúde					
Alimentar-se					
Auto Cuidado: Actividade Recreativa					
Auto Cuidado: Actividade Física					
Comportamento de Procura de Saúde					
Auto - Vigilância					

Fenómenos Frequentes					
	Q1-2016	M1-2016	Q1-2016	M1-2016	
Envelhecimento fisiológico					
Envelhecimento muscular					
Incontinência de Bexiga					
Contorno					
Adaptação do Estado de Saúde					
Alimentar-se					
Auto Cuidado: Actividade Recreativa					
Auto Cuidado: Actividade Física					
Comportamento de Procura de Saúde					
Auto - Vigilância					

Focos de atenção do utente					
	Q1-2016	M1-2016	Q1-2016	M1-2016	
Envelhecimento fisiológico					
Envelhecimento muscular					
Incontinência de Bexiga					
Contorno					
Adaptação do Estado de Saúde					
Alimentar-se					
Auto Cuidado: Actividade Recreativa					
Auto Cuidado: Actividade Física					
Comportamento de Procura de Saúde					
Auto - Vigilância					

Foco de atenção da visita (Novo Registro) | **Monitorizar a dependência através da Escala de Barthel**

Data: 12/01/2017 | Hora: 10:14

Item	Pontuação
Alimentação	10
Transfereência	10
Taxido	10
Utilização do WC	10
Banho	10
Medicação	10
Sua e Decidir Escadas	10
Transp	10
Controlo Intestinal	10
Controlo Genital	10

Resultado: Dependência Independente

Foco de atenção da visita (Novo Registro) | **Intervenções de Diagnóstico**

Data: 12/01/2017 | Hora: 10:14

Intervenções de Diagnóstico	Diagnósticos
Monitorizar a dependência através da Escala de Barthel	Dependência Independente

Foco de atenção da visita (Novo Registro) | **Monitorizar a dependência através da Escala de Barthel**

Data: 12/01/2017 | Hora: 10:14

Resultado: Dependência Independente

Fenômeno AUTO CUIDADO (Novo Registro) | **Monitorizar a dependência através da Escala de Barthel**

Data: 12/01/2017 | Hora: 10:14

Resultado: Dependência Independente

Fenômenos Frequentes

Fenômeno	Data	Valor	Tempo
Ponto de Partida	12/01/2017	10:14	
Monitorização	12/01/2017	10:14	
Atividade & Viagem	12/01/2017	10:14	
Ponto	12/01/2017	10:14	
Comportamento De Procura De Saúde	12/01/2017	10:14	
Auto	12/01/2017	10:14	

Foco a ser introduzido manualmente!

Grupo (Novo Registro) | **Monitorizar a dependência através da Escala de Barthel**

Data: 12/01/2017 | Hora: 10:14

Resultado: Dependência Independente

Foco de atenção da visita (Novo Registro) | **Intervenções de Diagnóstico**

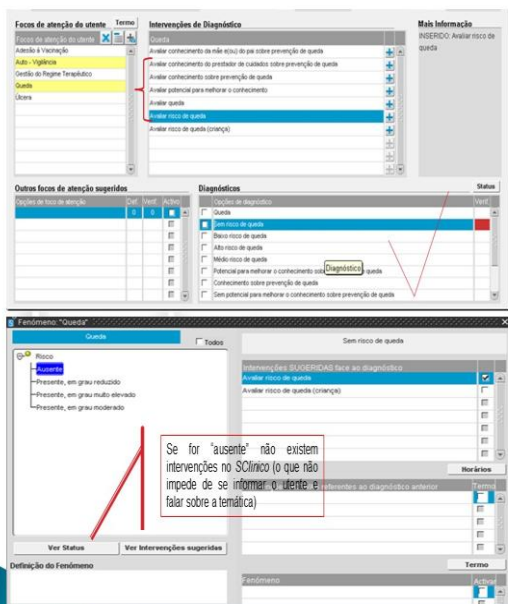
Data: 12/01/2017 | Hora: 10:14

Intervenções de Diagnóstico	Diagnósticos
Monitorizar a dependência através da Escala de Barthel	Dependência Independente

Foco de atenção da visita (Novo Registro) | **Monitorizar a dependência através da Escala de Barthel**

Data: 12/01/2017 | Hora: 10:14

Resultado: Dependência Independente



Considerações finais

De acordo com o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020 :

■ A melhoria da segurança dos doentes é uma responsabilidade de equipa, que mobiliza as competências individuais de cada um dos seus elementos e implica a gestão sistémica de todas as atividades.

■ O ciclo de melhoria contínua da qualidade aplicado à segurança dos doentes deve identificar os riscos, avaliá-los e hierarquizá-los, identificando as ações de melhoria a desencadear.

■ Realizar uma avaliação dos fatores de risco de todos os cidadãos no momento de entrada em serviços prestadores de cuidados de saúde, sempre que seja clinicamente indicado, após qualquer alteração notória dos fatores de risco e após uma queda.



■ O resultado dessa avaliação deve ser comunicado à própria pessoa, à família e à equipa prestadora de cuidados de saúde e que os utentes sejam educados/habilitados sobre as melhores ações/estratégias a serem implementadas na prevenção das quedas.

■ As ações preventivas devem ser asseguradas sempre que ocorra transferência do utente para outro local de permanência, seja outro serviço, outra instituição ou a sua própria residência.

(PNSD, 2015)

Casa segura para idosos - Animação

<https://youtu.be/dxWvxeMV6oY>

Publicado a 17/09/2012 no youtube

Campanha de prevenção contra quedas dos idosos. Apoio da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia e Ministério da Saúde



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
5º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Vertente – Enfermagem à Pessoa Idosa
UC: Estágio com Relatório

PREVENÇÃO DE QUEDA NO DOMICÍLIO DA PESSOA IDOSA:
Intervenções de Enfermagem
A pessoa idosa na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
Olival

Prof. Orientador: Professora Doutora Adriana Henriques

Co Orientador: Professora Doutora Cristina Baixinho

Enf. Orientadores: Enf.ª Paula Câmara, Especialista em Enf. Comunitária e Enf.ª Teresa Pereira, Especialista em Enf. Saúde Infantil e Pediatria

Cacém, Janeiro 2017

Estudante: Teresa Oliveira
Nº 5378

Obrigada!

Referências bibliográficas

Buksman, S., Vilela, A. L. S., Pereira, S. R. M., Lino, V.S., Santos, V.H. (2008). Quedas em Idosos: Prevenção. Brasil. AMBCFM.

Cabrita, M.F.G., José, H.M.G. (2013). O IDOSO NA EQUIPE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS: PROGRAMA DE ENFERMAGEM PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS. *Revista de Enfermagem UFPE online*. 7 (1) 96-103.

Diagnóstico Social do conselho de Sintra, Câmara Municipal de Sintra – *Dinâmicas demográficas e sociais* (2014).

Direção-Geral da Saúde (2012). Plano Nacional de Saúde. Acedido a 14/12/2016. Disponível em <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>.

Gillespie, L. D., Robertson, M. C., & Lamb, S. E. (2015). Interventions for preventing falls in older people living in the community. John Wiley & Sons, Ltd. (The Cochrane Database of Systematic Reviews collaboration).

Karlsson MK, Magnusson H, Von Schewelov T, Rosengren BE. (2013). Prevention of falls in the elderly—a review *Osteoporos Int*. 24(3),747-762

Gschwind, Y.J., Wolfa, I., Bridenbaugh, S.A., Kressig, R.W. (2011). Basis for a Swiss perspective on fall prevention in vulnerable older people. *Swiss Medical Weekly*, 141.

Moyer, V. A. (2012). Prevention of Falls in Community-Dwelling Older Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med*. 157(3), 197-204.

Neri, A. L. (2014). *Palavras-chave em Gerontologia*. 4. ed. Campinas: Alínea.

Netto, M. P. (2002). *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu.

World Health Organization (2002). Active Ageing. A Policy Framework. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain. Acedido a 12/12/2016. Disponível em

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf

World Health Organization (2005). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília. Organização Pan- Americana de Saúde. Acedido a 11/12/2016. Disponível em

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf

World Health Organization (2007). WHO Global report on falls prevention in older age. France: WHO.

APÊNDICE XIII - Conteúdo da sessão apresentada a
01/02/ 2017



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
5º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Vertente – Enfermagem à Pessoa Idosa
UC: Estágio com Relatório

Prof. Orientador: Professora Doutora Adriana Henriques

Co Orientador: Professora Doutora Cristina Baixinho

Enf^{as} Orientadores: Enf^a Paula Câmara, Especialista em Enf. Comunitária e Enf^a

Teresa Pereira, Especialista em Enf. Saúde Infantil e Pediatria

Cacém, 1 de Fevereiro de 2017

Estudante: Teresa Oliveira

As Quedas Acontecem! Eu previno... e você?

Teresa Oliveira (Enfermeira)

Margarida Costa (Fisioterapeuta)

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2007) :

A Queda é um deslocamento não intencional, em decorrência da perda de equilíbrio postural, que tem como consequência a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo em relação à sua posição inicial, excluindo as mudanças de posição intencionais de descanso em móveis, paredes ou outros objetos.

SUMÁRIO

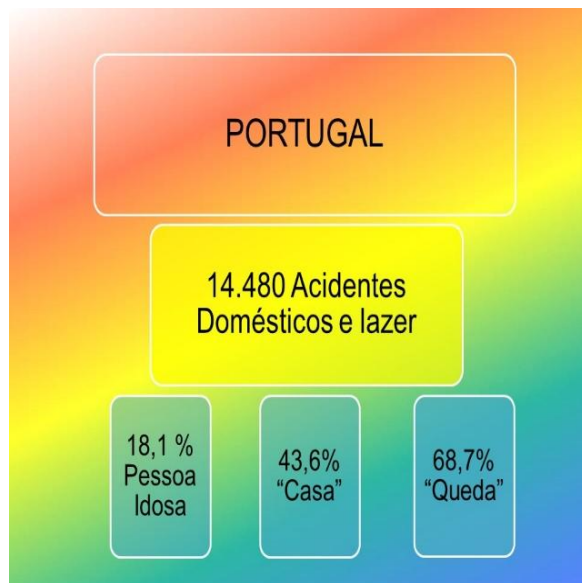
1. Objetivos da sessão
2. As Quedas
3. Fatores de Risco
4. Consequência das quedas
5. Manter a segurança do meio
6. Exercício Físico
7. Mecanismos rápidos de Socorro
8. Recomendações Gerais

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2007) :

A Queda é um deslocamento não intencional, em decorrência da perda de equilíbrio postural, que tem como consequência a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo em relação à sua posição inicial, excluindo as mudanças de posição intencionais de descanso em móveis, paredes ou outros objetos.

O nosso Lar é:

O espaço físico onde existe a convivência de uma família e relaciona-se com as pessoas, podendo incentivar, deprimir, cuidar ou colocar em risco o ser humano que o utiliza. É o local onde nos sentimos bem e confortáveis.



Fatores de Risco

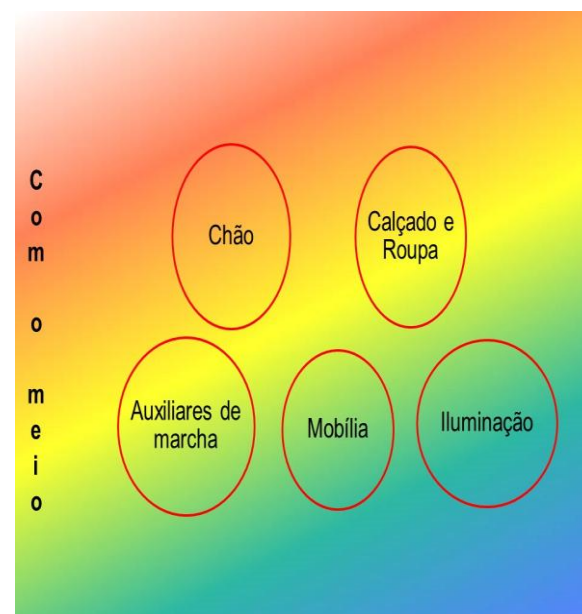
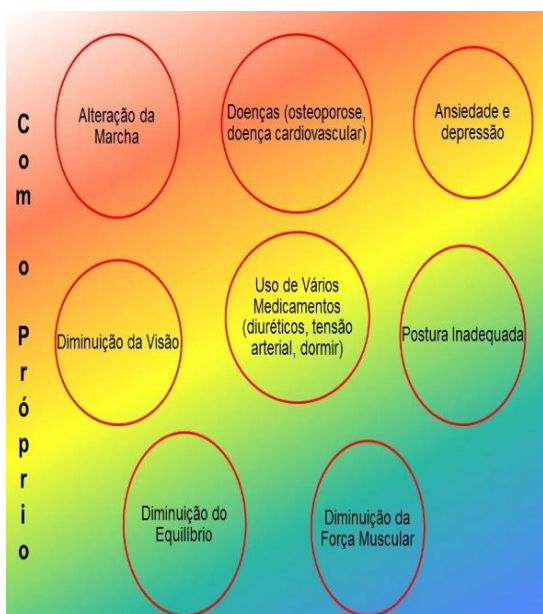
As Quedas podem acontecer devido a:

- Fatores relacionados com a própria pessoa Idosa;
- Fatores relacionados com o meio;

Conhecer as Causas

para depois

Prevenir!





CHÃO

- Superfícies escorregadias
- Objetos espalhados no chão
- Tapetes soltos
- Escadas com tapetes e sem corrimão



CALÇADO E ROUPA

- Sapatos não adaptados
- Roupas demasiadamente compridas; cintos soltos



MOBÍLIA

- Móveis instáveis
- Camas muito baixas ou altas
- Cadeiras baixas sem apoio para braços
- Mobília fora do sítio






Consequências das Quedas

- Fraturas
- Traumatismos cranianos
- Lesões nos músculos
- Diminuição da capacidade de se movimentar
- Diminuição da capacidade de realizar as suas atividades diárias
- Psicológicas (medo de voltar a cair, vergonha, depressão e diminuição da autoconfiança)




Como manter a segurança do meio



Casa de Banho

Quarto

Sala e Cozinha





Outros



As alterações/adaptações no domicílio visam:

Aumentar a mobilidade da pessoa idosa sem comprometer a sua autonomia

A segurança é mais importante que a estética

O ambiente deve estar adequado às necessidades da pessoa idosa tendo em consideração as outras pessoas que vivem em casa

O Exercício Físico



Mecanismos rápidos de Socorro

- Telefone sempre perto de si : Bolsa com o telemóvel ao peito
- Ter o número de um familiar próximo na marcação rápida do telefone
- Utilização de pulseira (Helphone)
- 112



Recomendações Gerais

- Visite o seu médico de família uma vez por ano
- Solicite ao seu médico uma reavaliação dos medicamentos que toma habitualmente
- Faça exames complementares de diagnóstico regularmente
- Consulte um oftalmologista regularmente
- Mantenha uma dieta equilibrada

Recomendações Gerais

- Reduza/elimine o álcool e o tabaco
- Caminhe diariamente
- Converse com familiares e amigos sobre a prevenção de queda
- Informe o seu médico e enfermeiro sobre quedas e dúvidas que tem sobre o assunto
- **Assuma a sua saúde !**



OBRIGADA A
TODOS!



DÚVIDAS?



As Quedas Acontecem!
Eu previno... e você?

Teresa Oliveira (Enfermeira)
Margarida Costa (Fisioterapeuta)

APÊNDICE XIV - Conteúdo da sessão apresentada
a 09/02/ 2017

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
5º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Vertente – Enfermagem à Pessoa Idosa
UC: Estágio com Relatório

PREVENÇÃO DE QUEDA NO DOMICÍLIO DA PESSOA IDOSA: Intervenções de Enfermagem

Prof. Orientador: Professora Doutora Adriana Henriques

Co Orientador: Professora Doutora Cristina Baixinho

Enf. Orientadores: Enf.ª Paula Câmara, Especialista em Enf. Comunitária e Enf.ª

Teresa Pereira, Especialista em Enf. Saúde Infantil e Pediatria

Cacém, Fevereiro 2017

Estudante: Teresa Oliveira
Nº 5378

Sumário

- Justificação do tema
- Modelo de fatores de risco de queda adaptado OMS (2007)
- Referencial teórico: Autocuidado – Dorothea Orem
- Metodologia de Planeamento em Saúde
 - Gestão do tempo
 - Contexto
 - Diagnóstico de RQ na PI da ECCI Cacém
 - ICD
 - Considerações éticas
 - Resultados
 - Prioridades
 - Objetivos
 - Estratégias
- Avaliação

Justificação do Tema

O envelhecimento da população traz consigo novas exigências de cuidados de saúde e sociais, associados ao aparecimento de défices e a uma maior vulnerabilidade.

(World Health Organization, 2005; Sequeira, 2010)

Concelho de Sintra:

Índice de Envelhecimento passou de 56,5 idosos em 2001 para 78,4 idosos/100 jovens em 2011



(Conselho Local de Ação Social de Sintra, 2014)

Justificação do Tema

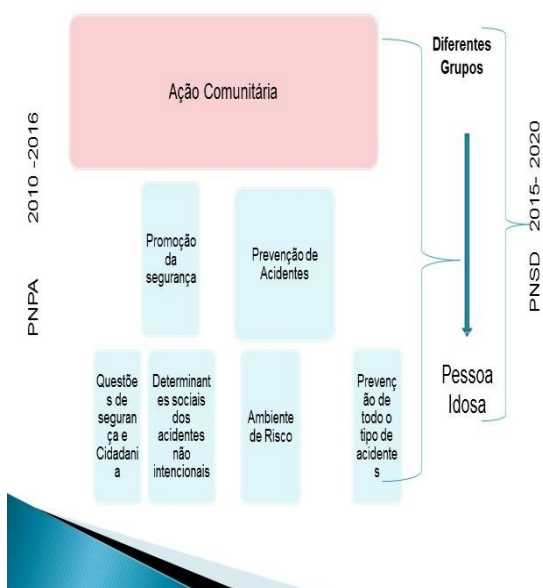
Cerca de 28 -35% das pessoas com idade de 65 anos ou mais caem por ano aumentando para 32 – 42% para os que têm mais de 70 anos de idade.

(WHO, 2012)

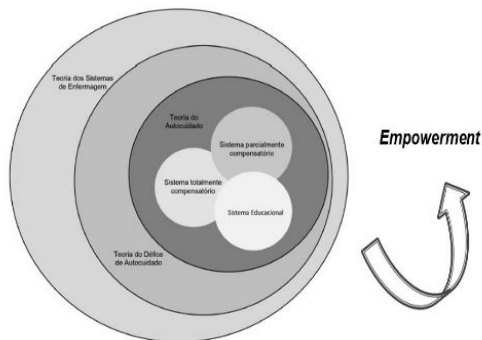
As lesões associadas (ligeiras e severas) ocorrem em 20 – 30% dos casos, sendo que 10 -15% implicam recurso ao serviço de urgência. A mortalidade é de aproximadamente 40%.

(WHO, 2012; DGS, 2012)

Justificação do Tema



Referencial teórico - Autocuidado –Dorothea Orem



Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem
Fonte: Orem, d. (2001) Nursing: Concepts of Practice (6th ed.). St. Louis : Mosby

Metodologia de Planeamento em Saúde

- Diagnóstico da Situação
- Definição de prioridades
- Fixação de objetivos
- Seleção de estratégias
- Elaboração de programas e projetos
- Preparação da execução
- Execução
- Avaliação

(Imperatori & Giraldes, 1993)

Gestão do Tempo

- 31 de Outubro de 2016 a 10 de Fevereiro de 2017

Contexto

- UCC Cacém Care
- UCSP Olival

Diagnóstico RQ na PI da ECCI Cacém

População: Pessoas idosas (≥ 65 anos) inscritas no ACES Sintra :
61.289 utentes (SINUS, 2016)

Amostra por conveniência: Pessoas idosas (≥ 65 anos) inscritas na
ECCI Cacém

Crterios de inclusão:

- Pessoas idosas com idade ≥ 65 anos de ambos os sexos;
- Sem declínio cognitivo;
- Permitam a presença do investigador no seu domicílio
- Aceitem participar de forma livre e esclarecida
- Assinem o Consentimento informado, livre e esclarecido para participar em projeto de estágio

Objetivo da investigação:

Identificar quais os fatores de risco de acordo com a organização Mundial de Saúde, 2007 dos idosos integrados na Unidade da ECCI Cacém

Acesso aos participantes

Visita Domiciliária com a equipa da Unidade de Cuidados Continuados Cacém Care

Considerações éticas

Direção executiva e clínica do ACES Sintra

CES ARS Lisboa e Vale do Tejo

Diagnóstico da Situação

- Instrumentos**
- Descrição sociodemográfica (idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão, nº de elementos do agregado familiar; motivo da visita ao domicílio)
 - História de quedas
 - Listagem das patologias associadas (De acordo com o ICD9)
 - Lista de medicação atual (2º o Anatomical Therapeutic Chemical –Infarmed)
 - Mini –Mental Statement – Validado para a PP (nível cognitivo)
 - Falls Efficacy Scale – Validado para a PP (Nível de confiança- Medo de cair)
 - Índice de Barthel – Validado para a PP (Dependência nas AVD)
 - Teste Get Up and Go – (Mobilidade)
 - Avaliação da Habitação (Akyol, 2007) e Cristina Baixinho (2016)

Resultados

N = 31

Tabela 1 – Caracterização da amostra quanto ao sexo e grupo etário. Lisboa; 2017.

Sexo	M		F		Total	
	N	%	N	%	N	%
65-74[	3	9,7	7	22,6	10	32,3
75-84[	5	16,1	5	16,1	10	32,3
≥ 85	5	16,1	6	19,4	11	35,4
Total	13	41,9	18	58,1	31	100,0

Tabela 2 – Caracterização da amostra quanto ao estado civil; agregado familiar e grau de escolaridade. Lisboa; 2017.

Estado Civil	N	%
Casado	20	64,5
Solteiro	0	0,0
Viúvo	9	29,0
União de facto	2	6,5
Agregado familiar	N	%
Cônjuge	18	58,1
Sozinho	3	9,7
Família alargada	10	32,3
Escolaridade	N	%
Analfabeto	2	6,4
1º ciclo	29	93,6
Total	31	100

Tabela 3 – Caracterização da amostra quanto ao motivo dos cuidados no domicílio. Lisboa; 2017.

Motivo	N	%
Ferida	12	38,7
Cuidados de reabilitação	3	9,7
Outros	16	51,6
Total	31	100,0

Queda: (N=31)

- 64,5% (Doze e três meses) – Grupo etário 75 - 84 [40%
70,0% são mulheres
70,0% caiu mais do que uma vez (3M)
- 60,0% queda no domicílio
- 60,0% intervenção clínica
- 9,3% internado com lesão grave – Int. Cirúrgica

Tabela 4 – Distribuição dos sujeitos que sofreram queda quanto aos fatores de risco de queda. Lisboa; 2017.

Fatores de risco isolados	N	%
Ambientais	8	40
Comportamentais	1	60
Biológicos	1	75
Socioeconómicos	2	10
Fatores de risco associados	N	%
Ambientais e comportamentais	2	10,0
Ambientais e Biológicos	3	15,0
Comportamentais e Socioeconómicos	1	5,0
Comportamentais e Biológicos	5	25,0
Ambientais, Comportamentais e Biológicos	3	15,0

Tabela 5 – Caracterização da amostra em relação ao grau de dependência. Lisboa; 2017

Grau de dependência	N	%
Dependência total (≤ 25)	0	0,0
Dependência severa (50 a 28)	4	12,9
Dependência moderada (75 a 5)	13	41,9
Dependência leve (99 a 76)	13	41,9
Totalmente independente (100)	1	3,3
Total	31	100,0

Tabela 6 – Distribuição da amostra de acordo com as patologias associadas. Lisboa; 2017

Patologia associada	N	%
Cardiovascular	7	22,6
Metabólicas	1	3,2
Osteoarticular	1	3,2
Cardiovascular e Metabólica	5	16,1
Cardiovascular e Osteoarticular	9	29,0
Cardiovascular, Metabólica e Osteoarticular	5	16,1
Outras	3	9,7
Total	31	100,0

Tabela 7 – Distribuição da amostra quanto ao tipo de medicação atual. Lisboa; 2017

Tipo de medicação	N	%
Anti-hipertensivos	4	12,9
Anti -diabéticos	1	3,2
Anti-hipertensivos e Anti - diabéticos	6	19,3
Anti-hipertensivos, Anti -diabéticos e Psicofármacos	3	9,7
Analgésicos e Anti-inflamatórios	3	9,7
Benzodiazepinas e Anti-inflamatórios	12	38,7
Outros	2	6,5
Total	31	100

Tabela 8 – Distribuição da amostra de acordo com o Teste *Timed Up and Go*. Lisboa, 2017

Tempo	N	%
Até 12,6 segundos	13	41,9
12,6 ou mais segundos	18	58,1
Total	31	100,0

Tabela 9 – Distribuição da amostra quanto à *Falls Efficacy Scale*. Lisboa, 2017

Grau de confiança	N	%
10	2	6,4
[11-49]	13	41,9
[50-89]	10	32,3
[90-100]	6	19,4
Total	31	100,0

Tabela 11 - Distribuição da amostra de acordo com a Escala de avaliação das práticas e comportamentos do idoso na prevenção de quedas. Lisboa, 2017.

Comunicação	Sempre %	Às vezes %	Nunca %
Olço e falo com outros idosos sobre os fatores de risco de queda	-	38,7	61,3
Os médicos alertam-me para o risco de cair	-	3,2	96,8
Os enfermeiros alertam-me para o risco de cair	3,2	71,0	25,8
Os familiares alertam-me para o risco de cair	3,2	67,7	29,1
Comunico aos meus familiares os fatores de risco de queda	6,5	67,7	25,8
Comunico aos enfermeiros os fatores de risco identificados	3,2	71,0	25,8

Avaliação dos fatores de risco ambientais para a queda

- Animais – 38,7%
- Escadas (Exterior da habitação) – 100%
- Pavimentos irregulares (Exterior da habitação) – 100%
- Tapetes: Hall/sala – 58,1% (Fixo – 11,1%)
- Quarto/junto à cama- 71% (Fixo – 30%)
- Cozinha – 64,5% (Fixo – 30%)
- Casa de Banho – 51,6% (Fixo – 25%)
- Iluminação – Só a cozinha é que a tem adequada
- Ambiente doméstico: Fios elétricos – 48,4%
- Telefones espalhados – 48,4%
- Mobília instável – 61,3%
- Portas – 100% < 90 cm
- Banheira – 64,5% (Barra de apoio – 10,0%)
- Poltrona – 35,5% (Barra de apoio – 45,5%)

(Cont.)

Práticas e comportamentos de segurança	Sempre %	Às vezes %	Nunca %
Seleciono os sapatos adequados para o meu pé	9,7	9,7	80,6
Opto por colocar sapatos com sola antiderrapante	3,2	19,4	77,4
Quando me levanto da cama primeiro sento-me com os pés apoiados no chão só depois coloco-me em pé	90,3	6,5	3,2
Certifico-me que os pés estão bem apoiados no chão antes de me colocar em pé	58,0	35,5	6,5
Verifico se o piso da casa de banho não está escorregadio/molhado antes de a utilizar	-	29,0	71,0
Antes dos cuidados de higiene asseguro-me que o pavimento não está escorregadio	3,2	35,5	61,3
Procuro ser perseverante na escolha das melhores medidas preventivas de quedas	-	38,7	61,3
Organizo o espaço do meu quarto de modo a facilitar a deslocação no mesmo-	6,5	16,1	77,4
Removo obstáculos que dificultem a marcha no quarto	-	35,5	64,5
Removo obstáculos que dificultem a marcha no corredor	-	32,3	67,7

Definição de prioridades

- Dependência nas AVD;
- Baixa confiança na realização das AVD;
- Elevado consumo de benzodiazepinas;
- Obstáculos na habitação
- Baixa cultura de segurança nas práticas e comportamentos de prevenção de queda;
- Falta de informação dos idosos em relação à prevenção de quedas;
- Falta de informação dos profissionais sobre conhecimento e compreensão dos fatores de risco enquanto primeira intervenção para a prevenção das quedas nos idosos ((AGS/BGS, 2010; Albert *et al*, 2014; CDC, 2015).

Preparação operacional/intervenções

- Equipa: Formação



- Utentes: Apoio-Educação (EpS)



Fixação de objetivos

Objetivos Gerais:

- Desenvolver competências como enfermeira especialista centrada na prevenção de quedas no domicílio da pessoa idosa;
- Promover o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem na prevenção de quedas no domicílio da pessoa idosa;

Objetivos específicos:

- Contribuir para o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem da UCSP Olival e UCC Cacém Care na prevenção de quedas no domicílio da pessoa idosa visando o Autocuidado da mesma;
- Envolver a equipa de enfermagem sobre a importância da uniformização dos registos em SClinico;
- Contribuir para a redução de estruturas que potenciem o risco e nº efetivo de quedas;
- Contribuir para a cultura de segurança da pessoa idosa na prevenção de quedas no domicílio;

Preparação operacional/Intervenções

- Equipa: Formação



- Utentes: Apoio-Educação (EpS)



Indicador de impacto/Avaliação

Taxa de efetividade na prevenção de queda	Nº utentes idosos com risco de queda, sem cair, e tiveram pelo menos uma intervenção documentada / Nº de utentes com risco de queda X 100
---	---

OBRIGADA!



ANEXOS

ANEXO I – Justificação da participação no I
Congresso Internacional Gestão da
Transição Segura



I CONGRESSO INTERNACIONAL **GESTÃO DA TRANSIÇÃO SEGURA**

CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Exmo(a). Senhor(a)

Teresa Oliveira

Participou no I Congresso Internacional de Gestão da Transição Segura realizado nos dias 09, 10 e 11 de Novembro de 2016, como Co-autor/palestrante da comunicação livre com o tema "Transição Hospital-Comunidade do idoso com alto risco de queda" apresentada no dia 10 de novembro de 2016

Lisboa, 11 de Novembro de 2016

Pela Comissão organizadora

Maria José Lourenço
Diretora de Enfermagem
Hospital Vila Franca de Xira



academiacuf
formação em saúde

ANEXO II – Relatório do Ensino Clínico no Hospital
Professor Doutor Fernando da Fonseca,
EPE



**5º CURSO DE PÓS LICENCIATURA E MESTRADO EM ENFERMAGEM ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA – VERTENTE
PESSOA IDOSA**

**Relatório de Atividades de Estágio no Hospital Fernando da Fonseca – Serviço de
Ortopedia B**

Teresa Maria Lopes Vaz de Oliveira

Lisboa

Outubro 2016





**5º CURSO DE PÓS LICENCIATURA E MESTRADO EM ENFERMAGEM ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA – VERTENTE
PESSOA IDOSA**

**Relatório de Atividades de Estágio no Hospital Fernando da Fonseca – Serviço de
Ortopedia B**

Teresa Maria Lopes Vaz de Oliveira

Orientador: Professora Doutora Maria Adriana Pereira Henriques

Co-Orientador: Professora Doutora Cristina Baixinho

Lisboa

Outubro 2016



ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	3
1. O HOSPITAL	5
1.1. Serviço de Ortopedia do Hospital Doutor Fernando da Fonseca, EPE	5
1.1.1 Projetos no serviço de Ortopedia	8
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ACTIVIDADES	
DESENVOLVIDAS	11
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
ANEXOS	
Anexo 1 – Protocolo <i>Scoping Review</i>	
Anexo 2 – Consentimento informado	
Anexo 3 - <i>E-mail</i> de divulgação do projeto	
Anexo 4 - Tabelas com resultados do risco de queda e avaliação de funcionalidade	
Anexo 5 -Excertos colhidos com a pessoa idosa	
Anexo 6 – Sugestões dos enfermeiros para melhorar a transição do hospital para a comunidade	
Anexo 7 – Instrumentos utilizados	

INTRODUÇÃO

Este relatório foi realizado no âmbito da Unidade Curricular do 3º semestre - Estágio com Relatório – do 5º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica – vertente Pessoa Idosa e pretende descrever as atividades e as experiências vividas no decorrer do ensino clínico no serviço de Ortopedia B do Hospital Fernando da Fonseca, EPE, que decorreu de 03 a 28 de outubro de 2016, com a duração de 4 semanas.

Benner (2005) afirma que “a prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o caráter, o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática”, neste sentido a escolha do estágio foi fundamental para que a aliança entre as várias Unidades Curriculares e a práxis traduzam todo o universo de conhecimentos desenvolvidos, demonstrando a sua maleabilidade, criatividade de articulação e aplicação, com o objetivo de aperfeiçoar e mobilizar conhecimentos e habilidades adquiridos com o objetivo maior de divulgar o conhecimento disciplinar e aplicá-lo na prática, demonstrando através de indicadores fiáveis, resultados de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (*Canadian Nurses Association*, 2008).

Os idosos são um grupo particularmente vulnerável, quer pelas multipatologias frequentemente associadas, como também pelo risco de perda de autonomia, neste sentido a *World Health Organization* (WHO) afirma que manter a capacidade funcional dos idosos passa por manter a independência e prevenir a incapacidade, atribuindo aos profissionais de saúde a responsabilidade de promover a segurança da pessoa idosa (WHO, 2005).

A queda é a principal fonte de lesões fatais e não fatais nos idosos, sendo que a maioria destas lesões são menores, tais como, escoriações, hematomas ou distensões, porém estas lesões no idoso, provocam uma maior incapacidade, um aumento da hospitalização, maior risco de dependência assim como o risco de morte (WHO, 2007; *American Geriatrics Society* (AGS), 2011; *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), 2015).

A implementação de uma política de prevenção de queda no idoso desafia os profissionais de saúde, nomeadamente os Enfermeiros a identificarem os fatores de risco de forma a poder atuar sobre estes. É importante avaliar e identificar precocemente os idosos em risco de cair para implementar medidas individuais preventivas adequadas. O risco de queda é um diagnóstico de Enfermagem e a avaliação é a forma que o Enfermeiro tem de melhorar a

sua intervenção, no âmbito de uma política de prevenção do risco de queda (Miller, 2009; NANDA *International*, 2013).

A finalidade do estágio é desenvolver competências como Enfermeira Especialista na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente Enfermagem à Pessoa Idosa nomeadamente na área da prevenção da queda da Pessoa Idosa (PI) no domicílio.

Assumem-se como objetivos específicos:

- * Ampliar conhecimentos sobre a pessoa idosa/família, suas necessidades e especificidades de cuidados;
- * Identificar os fatores de risco de queda na PI e intervenções preventivas de queda no domicílio;
- * Conhecer a dinâmica organo-funcional do Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, EPE - serviço de Ortopedia;
- * Intervir com a PI internada por queda no domicílio promovendo o Autocuidado;

Ao longo do trabalho adotou-se o termo “cliente” enquanto participante ativo na gestão dos cuidados, tal como reconhecido e justificado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2001) e, tendo em conta que o atual conceito de família engloba não só as pessoas unidas por laços biológicos, mas também por laços afetivos (pessoas significativas), sempre que mencionado o termo família referir-me-ei às pessoas significativas/cuidador informal, tal como definido na versão 1.0 da Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE®) (2005).

Para a elaboração deste relatório utilizei a metodologia descritiva, tendo em consideração o projeto de estágio previamente elaborado, os documentos do portefólio, os saberes adquiridos decorrentes da frequência das diferentes Unidades Curriculares inseridas no plano de estudos do Curso, recorrendo à análise crítica e reflexiva sobre o desempenho e a pesquisa bibliográfica realizada. Apresenta-se estruturado em 5 partes: Introdução; O Hospital enquanto entidade acolhedora do contexto clínico; Descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas no contexto; Considerações finais; Referências bibliográficas e os Anexos com alguns documentos que contribuíram para este ensino clínico.

1. O HOSPITAL

O hospital enquanto organização complexa e determinante na prestação de cuidados de saúde, é uma estrutura que não se reserva apenas às fronteiras da saúde refletindo-se a sua existência nos domínios económico e social. Neste sentido, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) assume a responsabilidade constitucional de prestar a todos os cidadãos os cuidados de saúde que necessitam, complementando a sua oferta de cuidados de saúde com serviços adquiridos a privados e ao sector social, com quem estabelece convenções e acordos, em áreas em que não tem capacidade de resposta suficiente.

Com o desenvolvimento do conhecimento científico e de novas tecnologias, a prestação de cuidados de saúde há muito que deixou de ser da responsabilidade única do médico, para passar a ser o resultado de um *continuum* de contributos de diferentes prestadores, de equipas progressivamente mais alargadas e que utilizam equipamentos cada vez mais sofisticados. Daí que, hoje, a prestação de cuidados de saúde exija um esforço de articulação e complementaridade constantes entre os profissionais e os serviços das três redes: Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Hospitalares e Cuidados Continuados, de modo a garantir aos doentes os cuidados de saúde de qualidade e em tempo útil que necessitam (Fernandes, 2010).

1.1. Serviço de Ortopedia do Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, EPE

O estabelecimento hospitalar correspondente ao Hospital de Amadora/Sintra foi criado pelo Decreto-Lei n.º 382/91, de 9 de outubro, com a denominação de Hospital do Professor Doutor Fernando Fonseca. A criação da pessoa coletiva tinha por objetivo a gestão pública do Hospital. Contudo, em 1995, o Hospital foi entregue à gestão privada, nos termos de contrato de gestão celebrado com o Hospital de Amadora/Sintra, Sociedade Gestora, S. A. com o Decreto-Lei n.º 203/2008 de 10 de outubro.

O Hospital do Professor Doutor Fernando Fonseca, é transformado numa Entidade Pública Empresarial (EPE), regida pelo disposto nos Decretos-Lei n.ºs 558/99, de 17 de dezembro, e 233/2005, de 29 de dezembro, e designado Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E. P. E. (HFF, EPE) (Decreto Lei n.º. 203/2008 de 10 de outubro do Ministério da Saúde, 2008).

O hospital anteriormente citado, está desde então integrado na rede do Serviço Nacional de Saúde e tem a sua área de influência nos concelhos de Amadora e Sintra, servindo uma população que ronda os 600 mil habitantes tendo sido em março de 2002, o primeiro hospital português a ser certificado pelo King`s Fund Heath Quality Service. (HFF, 2009)

O Hospital Fernando da Fonseca, EPE tem por missão a prestação de cuidados de saúde humanizados e diferenciados em todo o ciclo da vida da pessoa, em articulação com os Cuidados de Saúde Primários e Continuados, bem como com os demais hospitais integrados na rede do Serviço Nacional de Saúde, utilizando adequadamente os seus recursos humanos e materiais em obediência aos princípios da qualidade, de efetividade e de eficiência, ainda neste âmbito o referido hospital aposta numa articulação séria e que se traduza num melhor acesso dos doentes aos Cuidados de Saúde Primários (Centros de Saúde), defendendo que estes revelam uma política de proximidade dos cidadãos e estão na linha da frente quando da procura de cuidados, antes de uma eventual deslocação ao hospital, integrando neste grupo os Centros de Saúde dos Concelhos de Amadora e Sintra

Faz também parte da sua missão a investigação, o ensino e a formação pré e pós-graduada de profissionais de saúde e de outros profissionais (HFF, 2009).

O serviço de Ortopedia iniciou a sua atividade em abril de 1996, tendo como missão: “Prestar cuidados de saúde hospitalares do foro ortopédico, no respeito pela dignidade dos doentes utilizando de forma eficiente os recursos disponíveis, formando profissionais de elevada qualidade e desenvolver investigação em saúde” (Relatório Anual de Atividades, 2016).

O serviço anteriormente citado localiza-se no piso 4 na Torre de Sintra, está integrado no departamento de Cirurgia e é constituído por duas unidades funcionais de 32 camas, nominadas respetivamente por Ortopedia A e Ortopedia B, constando em cada unidade funcional uma Unidade de Cuidados Intermédios com capacidade para 6 camas, destinadas a clientes que exigem um conjunto integrado de meios físicos, técnicos e humanos especializados, embora não estando em estado crítico, necessitem de vigilância organizada e sistemática durante 24 horas por dia, nomeadamente no pós-operatório mediato e/ou quando apresentam complicações no seu estado clínico.

Os clientes internados são admitidos pelo serviço de Urgência Geral, transferência de outros serviços ou internados da consulta externa para cirurgia programada. O serviço de

Ortopedia é dotado de instalações, profissionais e equipamento, capaz de assegurar tratamento Cirúrgico e/ou conservador a doentes com patologia do foro Ortopédico.

A equipa de Enfermagem do serviço de Ortopedia é uma equipa constituída por 38 Enfermeiros, maioritariamente do sexo feminino e igualmente em maior número, Enfermeiros com idade inferior a 36 anos, quanto ao tempo de permanência é uma equipa equilibrada, dos quais 14 estão neste serviço há mais de 5 anos (Relatório Anual de Atividades, 2016).

Nesta equipa observa-se que 3 dos 38 Enfermeiros são Especialistas de Reabilitação, mas por necessidade organizacional centram preferencialmente os seus cuidados na área da gestão. Cada equipa contempla um Enfermeiro Chefe de Equipa cuja atuação está centrada na prestação de cuidados aos clientes internados na Unidade de Cuidados Intermédios e no planeamento e realização de ações que visem a melhoria dos cuidados assim como estabelecer os recursos materiais necessários ao bom funcionamento do serviço durante o seu turno e é o elo de ligação e comunicação entre pares e interpares.

A Equipa de Enfermagem centra a sua atuação, no cliente, assegurando a prestação de cuidados de enfermagem contínuos e individualizados desde a admissão até à alta. Os profissionais respeitam e adequam a sua prática às normas, políticas e procedimentos em vigor na instituição / Serviço. Como modelo de Enfermagem, utiliza-se o modelo teórico de Nancy Roper.

Do serviço de Ortopedia constam igualmente 20 Auxiliares de Ação Médica e 2 equipas de médicos Ortopedistas totalizando 11 médicos do quadro. Fazem igualmente parte 2 Administrativas.

A nível dos vários indicadores, o serviço de Ortopedia apresenta uma rotação elevada de Enfermeiros, quer por rescisão de contratos, quer por solicitação de transferência a pedido para outros serviços do hospital, apresenta também um elevado absentismo, tendo tido no ano de 2015, 446 dias de absentismo, dos quais 254 foram por doença, tendo sido os acidentes de serviço com lesões do sistema osteomuscular o mais representativo e quanto ao programa de formação foi integralmente cumprido (Relatório Anual de Atividades, 2016).

1.1.1. Projetos no serviço de Ortopedia

- * **Cuidar em Parceria**, o qual visa a integração e participação do familiar ou pessoa significativa no planeamento da alta e nos cuidados de Enfermagem no pós-operatório e de reabilitação do utente ortopédico enquanto “Cuidador Informal “ no qual o Enfermeiro tem junto da pessoa em processo de doença, nomeadamente no início de um processo de reabilitação e reorganização familiar, papel muito importante, sendo o elo fundamental para a continuidade dos cuidados, promovendo uma maior autonomia a pessoa /família e a integração no meio social o mais precoce possível.
- * **Site de ortopedia** o qual tem como objetivo, facultar informação sobre patologias e cuidados de enfermagem do doente do foro ortopédico. De salientar, a colaboração que este serviço presta a toda a equipa de enfermagem do Hospital, no que respeita à utilização e colocação de dispositivos Ortopédicos e aos cuidados a prestar ao doente do foro ortopédico.
- * **Referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)**, aqui a equipa de Enfermagem em estreita colaboração com a equipa médica efetuam a sinalização precoce e referenciação dos doentes internados na Ortopedia para a RNCCI.
- * **Equipa cardiorrespiratória (ECR)**, o qual é dinamizado pela Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente de um modelo de atuação da equipa de saúde em situação de paragem cardiorrespiratória com a finalidade de uniformizar procedimentos tendo o serviço de Ortopedia aderido.
- * **Melhoria Contínua de Cuidados de Enfermagem**, sob a orientação da Direção de Enfermagem, são realizadas trimestralmente auditorias da qualidade de cuidados de Enfermagem e respetivos planos de ação com o objetivo a uma melhoria na qualidade de cuidados de Enfermagem.
- * **Planeamento de altas**, projeto que reúne sinergias como equipa multidisciplinar no sentido de dinamizar o planeamento de altas, reunindo semanalmente para a elaboração da previsão da alta dos clientes internados, discute-se os que se encontram em situações para acompanhamento da Assistente Social e necessidade de referenciar para RNCCI. A referir que só com o envolvimento da equipa multidisciplinar tem sido possível referenciar os doentes em tempo útil, sendo um processo que envolve o cliente/ família, quando surgem constrangimentos, que delimitam o doente para caso social.

* **Serviço e ensinamentos clínicos**, sendo o serviço de Ortopedia uma referência para as outras instituições de Ensino Superior de Enfermagem nacionais, que continuam a enviar os seus estudantes para ensino clínico.

Para além destes projetos o serviço dispõe de grupos de trabalho em várias vertentes, entre os quais destacam-se o grupo que pertence à **Comissão de Feridas**, a **Comissão de Quedas**, salientando a sensibilização que o grupo fez para a temática nomeadamente sobre a importância do preenchimento da “Escala de Morse” e uniformização do procedimento. Dispõe ainda de um grupo de trabalho que pertence à **equipa das lesões músculo-esqueléticas** e ainda **Núcleo de Enfermeiros de Reabilitação**, colaboradores pertencentes à **Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar**. O projeto **Hospital amigo do idoso**, ainda está em fase embrionária.

A Gestão dos Cuidados de Enfermagem inclui a **monitorização de indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem**, o qual o serviço cumpre a 100% o critério relativamente a avaliação de risco de úlceras de pressão e avaliação de risco de quedas (Escala de Braden e Morse) e a **monitorização da qualidade dos cuidados de enfermagem** verificando-se que o serviço atingiu uma média anual de 97% e quanto à satisfação dos utentes o serviço apresenta uma taxa de satisfação geral de 95%.

O sistema informático utilizado no HFF, EPE, é o *Sorian Clinicals* cujo acesso é considerado extremamente fácil e eficaz na obtenção de qualquer informação possibilitando uma partilha da mesma em tempo útil, sendo por isso indispensável para a continuidade de cuidados. Após três anos e meio de utilização deste programa, apesar das melhoras conseguidas a equipa de Enfermagem ainda se depara com algumas dificuldades pela especificidade do serviço nomeadamente na grande parte do tempo em registos pela morosidade / complexidade do sistema.

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

O Ensino clínico em contexto hospitalar permitiu desenvolver algumas competências necessárias ao meu desempenho e percurso para concretização da especialidade, mostrando ser um momento muito profícuo em oportunidades de desenvolvimento do conhecimento, da prática e da reflexão em Enfermagem, nomeadamente por ser um serviço que tem uma média de idades superior a 65 anos e com o diagnóstico de fratura da extremidade superior do fémur por queda no domicílio.

Ainda nesta sequência a OE apresenta no Modelo de Desenvolvimento Profissional (2010) as dez áreas de especialização em Enfermagem, nomeadamente a Saúde do Idoso surge no alvo de Intervenção “A pessoa numa etapa do ciclo de vida” e o processo saúde/doença/ambiente diz-nos que deve ser “dirigida aos projetos de saúde do idoso a vivenciar processos de saúde/doença com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida” (OE, 2010).

Em relação aos cuidados de enfermagem especializados à Pessoa Idosa, encontro-me no nível de iniciado, pelo que necessito de traçar percursos de desenvolvimento de competências, nomeadamente:

Competências comuns de Enfermeiro especialista, nos domínios da responsabilidade profissional, ética, legal, da melhoria da qualidade, na gestão de cuidados e de desenvolvimento de aprendizagens profissionais (OE, 2011).

Competências comuns de Enfermeiro especialista na área Médico-Cirúrgica vertente Pessoa Idosa, nomeadamente analisar a prática de Enfermagem Médico-Cirúrgica nas diferentes áreas específicas de intervenção à pessoa idosa e sua família em contexto intra e extra-hospitalar (ESEL, 2014).

Competências Enfermeiro mestre nomeadamente no que corresponde à análise sobre o conhecimento que sustenta a prática de enfermagem nas suas dimensões ética, política, histórica, social e económica e também no desenvolvimento de projetos que promovam a reflexão.

Competências clínicas e de investigação na prestação de cuidados de enfermagem à Pessoa Idosa com risco de queda nomeadamente como utilizadora: Revisão de artigos, revisão da literatura e elaboração de um estudo secundário com a execução de *Scoping Review* através de um protocolo (Anexo1).

Para desenvolver competências nos diferentes âmbitos e atingir os objetivos específicos abaixo citados:

1. Ampliar conhecimentos sobre a Pessoa Idosa/família, suas necessidades e especificidades de cuidados;
2. Identificar os fatores de risco de queda na PI e intervenções preventivas de queda no domicílio;
3. Conhecer a dinâmica organo-funcional do HFF, EPE - serviço de Ortopedia;
4. Intervir com a PI internada por queda no domicílio promovendo o Autocuidado;

Foi feita pesquisa bibliográfica com recurso a base de dados e biblioteca com o objetivo de reunir conteúdo teórico, analisar e aprofundar o mesmo para contextualizar a problemática em estudo consolidando esta área de conhecimento.

A elaboração de um estudo de caso no contexto hospitalar permitiu integrar novos conteúdos sobre esta temática nomeadamente a perceção da consequência major da queda do idoso no domicílio, a fratura da extremidade superior do fémur e compreender que este tipo de fraturas apresenta taxa de mortalidade elevada, perda considerável da independência na mobilidade, incapacidade funcional e por último pode condicionar o destino na alta, em virtude dos familiares e/ou instituição anterior (lar e/outro) não poderem receber esta pessoa com o atual grau de dependência.

O conhecimento em profundidade sobre a consequência da queda da Pessoa Idosa permitiu perceber o quão relevante é o tratamento hospitalar, com particular relevância para a intervenção cirúrgica, mas, se não houver um grande empenho de uma equipa multi-interdisciplinar, o seu sucesso poderá estar em risco sendo o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica vertente pessoa idosa uma mais-valia para a equipa, realçando-se que o enfermeiro para desenvolver competências terá necessariamente de mobilizar conhecimentos ou capacidades, face às situações, ganhando ênfase no ensino em contexto clínico (OE, 2010, 2015).

Para a realização deste estudo de caso foi solicitada autorização prévia à Sr^a Enfermeira Chefe e ao Sr. Enfermeiro Orientador deste contexto clínico assim como à cliente, tendo sido esclarecidas as dúvidas colocadas. A cliente deu o seu consentimento tendo a proteção do anonimato e confidencialidade dos dados desta salvaguardados, sendo a identidade da cliente omissa e nominada por letras, respeitando assim o artigo 85º - do Dever de Sigilo – Deontologia Profissional de Enfermagem (OE, 2015) (Anexo 2).

Os Enfermeiros peritos nos problemas específicos dos idosos são mais capazes de antecipar a sua ocorrência e tomar medidas para a prevenção das mesmas, nomeadamente das quedas, reconhecendo que cuidados de qualidade a uma Pessoa Idosa hospitalizada são os que conseguem prevenir a iatrogénese, mas a um custo aceitável para o cliente, promovendo o Autocuidado e o conforto da Pessoa Idosa (Chang, 2003).

Penso ter alcançado os objetivos a que me propus inicialmente (Objetivo 1), assim como ter dado o meu contributo para o bem-estar da cliente. A equipa contribuiu e ficou sensível para a importância da utilização de Instrumentos de Avaliação da Pessoa Idosa, assim como, incorporar os resultados desta avaliação na carta de alta para dar continuidade às necessidades da mesma, enriquecendo a humanização à Pessoa Idosa e sua família.

Para desenvolver competências para o objetivo específico 2, contribuíram a revisão narrativa feita anteriormente assim como, a elaboração do *Scoping Review* segundo protocolo, com o propósito de mapear a melhor evidência a qual, consistiu, em seguir um conjunto de etapas previamente definidas no protocolo, assim como explorar uma vasta quantidade de artigos de forma rigorosa, analisar os conteúdos de forma clara, possibilitando direcionar pesquisa subsequente, e procurar responder à questão de investigação: Quais as intervenções de enfermagem que previnem a queda (C) no domicílio (Co) da Pessoa Idosa (P)?

O mapeamento da evidência nesta fase permitiu compreender que o internamento vai condicionar o Autocuidado, porém, a dependência no Autocuidado é um fator passível de transformação através da melhoria do potencial de aprendizagem da pessoa e da promoção da independência (Petronilho, 2009).

A elaboração do *Scoping Review* e o Estudo de Caso neste contexto, contribuíram para a partilha de saberes com o Sr. Enfermeiro orientador do ensino clínico, de forma a sensibilizar a equipa para a importância da realização de uma avaliação do estado funcional da Pessoa Idosa, antes e após a fratura, a fim de identificar quais as limitações e/ou dificuldades desta para o Autocuidado visando o planeamento das intervenções e contribuir para a promoção do regresso a casa desde o primeiro dia de internamento (Baixinho, 2011).

No decurso deste ensino clínico constatei, que os três Enfermeiros Especialistas de Reabilitação desempenham funções prioritariamente na área da gestão, reservando-se o treino de marcha aos profissionais do serviço de Medicina Física e Reabilitação. Foi partilhado este sentimento com o SR. Enfermeiro orientador e a Sr^a Enfermeira Chefe os quais sentem igualmente esta lacuna, no entanto, por dificuldade de dotação de Enfermeiros nomeadamente de Enfermeiros Especialistas em Reabilitação para a prestação de cuidados, torna-se muito

difícil nesta fase dispor de profissionais que maximizem a funcionalidade da Pessoa Idosa de forma a desenvolver as capacidades desta após fratura por queda no domicílio.

O envolvimento da equipa no projeto “**Cuidar em parceria**” tem sido um forte contributo como elo de ligação fundamental para a continuidade dos cuidados, promovendo uma maior autonomia da pessoa idosa e sua família e a integração no meio social o mais precoce possível.

Neste contexto foi facultada a oportunidade de assistir a uma reunião entre a equipa multidisciplinar no planeamento de altas onde foram discutidas várias situações com necessidade de referenciar para a RNCCI, por impossibilidade de os familiares cuidarem da Pessoa Idosa com o atual grau de dependência.

Associado à conjuntura social e económica que se vive, o que tornou o internamento da Pessoa Idosa mais prolongado e, consequentemente, aumentando o grau de dependência do idoso, reforçou o anteriormente exposto. Nomeadamente a necessidade de uma transição segura do hospital para a comunidade, com critérios bem definidos para a continuidade de cuidados tais como: a transferência e a continuidade da informação, a capacitação do cliente e do familiar cuidador, capacidade de autogestão dos cuidados e procura de resposta para as necessidades e a capacidade de escolha, ocupando este espaço uma janela de oportunidade para os Enfermeiros influenciarem os processos de transição desenvolvendo a sua prática centrada na pessoa e nas suas necessidades reais continuando o processo de liderança pela melhoria das práticas de enfermagem (Baixinho, 2011; Meleis, 2000).

Com o objetivo de conhecer a equipa de Enfermagem e Multidisciplinar do serviço de Ortopedia (objetivo 3), fez-se a divulgação do projeto quer de forma informal aos elementos da equipa, assim como à Sr^a Enfermeira Chefe, e de forma formal tendo sido enviado um e- *mail* para o correio eletrónico do serviço a divulgar o mesmo (Anexo 3).

Para conhecer melhor a dinâmica organo-funcional solicitei ao Sr. Enfermeiro orientador e Sr^a Enfermeira Chefe que me fosse facultada a possibilidade de ir ao serviço de Consultas Externas e serviço de Medicina Física e de Reabilitação para poder perceber o circuito do cliente, nomeadamente no acompanhamento após a alta hospitalar e como é efetuada a vigilância da Pessoa Idosa após ter sido submetida a cirurgia da extremidade superior do fémur por fratura no domicílio.

Aqui, pude observar um elevado número de clientes com mais de 65 anos em situação de convalescença por cirurgia. Os mesmos na sua maioria vinham acompanhados por filhos e apresentavam um grau de dependência moderado. Falei com cada um destes clientes e

pude perceber que na Comunidade é muito difícil a reabilitação nomeadamente a deslocação a um Centro de reabilitação/fisioterapia, verificando-se que a necessidade de transporte acessível é uma das limitações, assim como, a dificuldade em agilizar documentos no Centro de Saúde para a frequência de fisioterapia. Os 12 clientes afirmaram não ter recebido informação sobre prevenção de queda no Centro de Saúde nomeadamente nesta fase, focando-se o atendimento apenas na realização do penso.

Constatei igualmente na Consulta, a dificuldade em realizar-se educação para a saúde no âmbito da prevenção de queda, em virtude de haver um número muito elevado de utentes, estreitando o tempo de consulta para 10 minutos e algumas vezes haver dois clientes marcados à mesma hora.

A consulta ao processo clínico destes clientes em contexto de Consulta Externa, Sala de Tratamentos, permitiu observar que não existe uma clarificação do *status* funcional do cliente no pré e pós-operatório e sabendo que a capacidade de marcha é o melhor preditor para a recuperação do Autocuidado, reforça-se aqui novamente, uma janela de oportunidade para os Enfermeiros no processo de transição do hospital para a comunidade e vice-versa (Baixinho, 2011).

A possibilidade de contato com o serviço de Medicina Física e de Reabilitação (MFR) no contexto cirúrgico da Pessoa Idosa por fratura da extremidade superior do fémur no domicílio, permitiu observar o treino de marcha. Após a alta hospitalar estes clientes terão que recorrer a outras unidades de reabilitação porque o número de clientes em programa de reabilitação hospitalar é muito elevado e estabeleceu-se como prioridade o cliente internado.

O serviço de MFR recebeu com otimismo o projeto tendo denunciado vontade de conhecer os resultados no final do mesmo e deixou um convite para tal, informando que as quintas-feiras são o momento privilegiado da equipa para a divulgação de projetos ou estudos de caso.

Para poder operacionalizar o objetivo 4 participei ativamente nas atividades desenvolvidas, desde a admissão do cliente no pré-operatório até ao momento da alta hospitalar. Para tal consultei o registo clínico dos clientes com fratura da extremidade superior do fémur, intervindo próximo do cliente e seus familiares.

Na prestação de cuidados de Enfermagem Avançada à Pessoa Idosa internada por queda no domicílio, estabeleci uma relação de ajuda com o cliente e família por considerar que a comunicação no seu todo é um forte contributo na prática dos cuidados considerando-se

esta dimensão muito importante no atendimento do cliente/família, a qual permite obter um melhor cuidado (Inaba, 2005).

Nesta sequência, a Pessoa Idosa quando é internada em contexto hospitalar fica agitada, ansiosa e apreensiva em relação ao que está a decorrer, nomeadamente necessidade cirúrgica e o prognóstico da situação. Aqui, manifestei o meu interesse, ouvi a pessoa, as suas preocupações e procurei transmitir segurança e confiança. A disponibilidade para ouvir os receios da família mais próxima, nomeadamente do cuidador foi uma prática presente, uma vez que os familiares do cliente idoso devem ser vistos como parte integrante dos cuidados ao cliente e este como parte integrante de uma família. O facto de um dos membros da família se encontrar hospitalizado funciona como fonte de *stress* e provoca muitas vezes uma situação de crise. Os familiares necessitam de suporte emocional e respeito, bem como de se sentirem envolvidos nos cuidados e tomada de decisões sempre que possível (Urden, 2008).

Uma família informada sente-se segura e não solicita tanto a presença dos profissionais de saúde. Verifiquei que o conhecimento da especificidade da Pessoa Idosa facilitou a compreensão do fenómeno “queda” o que contribuiu para explorar o “medo de cair” com a Pessoa Idosa internada e seus familiares. A ponte que se estabeleceu foi importante porque nos dias seguintes senti que a família tomava a iniciativa de aproximação para esclarecer dúvidas (Anexo 5).

As quedas nos idosos têm consequências que ultrapassam a lesão física, sendo referido por vários autores que após uma queda o idoso desenvolve sentimentos de preocupação, receio de não conseguir retomar as suas atividades do quotidiano, falta de confiança, e predominantemente medo de voltar a cair, situação esta que conduz o idoso a reduzir a sua atividade diária, diminuir a massa muscular e indiretamente propor-se a nova queda por aumento da fragilidade (Zijlstra, 2007; Jung, 2008; Mendes da Costa, 2012). Gillespie *et al* (2012) reforçam este aspeto quando afirmam que o medo de cair altera a dinâmica familiar o que por vezes leva o idoso a ser internado num lar. Os profissionais de saúde podem e devem contribuir na tomada de consciência que o idoso corre, contribuindo para que este adote estratégias preventiva (WHO, 2007).

Após orientação tutorial na segunda semana, foi-me lançado o desafio para participar no I Congresso Internacional Transição Segura com o objetivo de desenvolver competências comunicacionais nas mais variadas situações de uso, orais e escritas, e para tal seria importante desenvolver um estudo exploratório com o objetivo de identificar o risco de

queda e conhecer a funcionalidade da Pessoa Idosa no momento da alta hospitalar, após cirurgia por fratura da extremidade superior do fémur.

O desafio foi aceite e para tal, foi novamente solicitado autorização prévia à Sr^a Enfermeira Chefe e ao Sr. Enfermeiro Orientador deste contexto clínico assim como aos seis sujeitos da amostra tendo sido igualmente esclarecidas as dúvidas colocadas. Todos os sujeitos deram o seu consentimento, aceitando participar de forma livre e esclarecida, tendo a proteção do anonimato e confidencialidade dos dados desta salvaguardados, sendo a identidade destes omissa e nominada por letras, respeitando assim o artigo 85º - do Dever de Sigilo – Deontologia Profissional de Enfermagem (OE, 2015) (Anexo2).

Nesta sequência, selecionei uma amostra de conveniência com seis sujeitos, com mais de 65 anos, com história de queda no domicílio e fratura da extremidade superior do fémur. Utilizaram-se as escalas de Morse (versão do Sorian), *Falls Efficacy Scale* (Melo, 2011), o *Teste Timed up and Go Test* (Branco, 2013) e a escala de Barthel (Araujo, 2007).

Após este curto estudo pude confirmar que a hospitalização na pessoa idosa constitui um evento crítico no processo de transição saúde-doença e a fratura da extremidade superior do fémur, é um evento gerador de medo de nova queda, de dependência no Autocuidado e consequentemente responsável pela diminuição na perceção da qualidade de vida. O elevado risco de queda que têm no momento da alta clínica e o facto de já terem sofrido uma queda é um forte preditor de nova queda na comunidade, no período de 6 a 12 meses. Como tal é primordial que se desenvolvam ações que garantam a continuidade de cuidados, adotando estratégias que permitam que esta articulação seja norma e não apenas uma casualidade (Branco, 2009; Baixinho, 2011; Pereira, 2013) (Anexo 4 e Anexo 7).

Ainda neste contexto, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015- 2020 alerta para a necessidade avaliação dos fatores de risco de todos os cidadãos no momento de entrada em serviços prestadores de cuidados de saúde, sempre que seja clinicamente indicado, após qualquer alteração notória dos fatores de risco e após uma queda. Acrescentando que é necessário que o resultado dessa avaliação seja comunicado à própria pessoa, à família e à equipa prestadora de cuidados de saúde e que os doentes sejam educados/habilitados sobre as melhores ações/estratégias a serem implementadas na prevenção das quedas. As ações preventivas devem ser asseguradas sempre que ocorra transferência do doente para outro local de permanência, seja outro serviço, outra instituição ou a sua própria residência (DGS, 2015).

Uma vez que nunca tinha tido oportunidade de efetuar registos no *Sorian Clinicals* senti inicialmente dificuldades em integrar a classificação utilizada, mas com o decorrer do

ensino clínico, as dificuldades foram-se dissipando e em parceria com o meu orientador, fui efetuando registos que suscitaram momentos de discussão e reflexão na conceção dos cuidados.

Todos os registos clínicos dos clientes são efetuados exclusivamente em suporte informático e todos os Médicos, Enfermeiros e Administrativos dispõem de um terminal informático próprio. O arquivo em papel é apenas utilizado para arquivo de documentos relevantes como sejam os relatórios de Exames Complementares de Diagnóstico feitos antes do internamento e as notas de alta Clínica e de Enfermagem.

Para compreender melhor o sentimento dos Enfermeiros acerca da informação fornecida ao cliente no momento da alta e qual a melhor forma de potenciar a articulação entre o Hospital e a Comunidade, realizei um questionário que foi apresentado a 5 Enfermeiros da prestação de cuidados, cuja questão colocada foi: **“Considera que a Carta de Alta – Enfermagem, apresenta toda a informação sobre o cliente no momento da alta para o Enfermeiro da Comunidade? Se não, dê alguma sugestão que contribua para melhorar a transição do Hospital para a Comunidade.”**

Os 5 enfermeiros participaram de forma livre e deram o seu consentimento. 4 Enfermeiros responderam que não consideram, tendo sugerido que o Engenheiro Informático criasse na plataforma, um sistema que transferisse informação para a carta de alta nomeadamente a escala de Morse, Barthel e Braden, que são avaliadas, mas não constam da carta de alta de forma automática. Falou-se com a Sr^a Enfermeira Chefe sobre esta sugestão que recebeu com entusiasmo (Anexo 6).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No final deste 1º ensino clínico, concluo com a certeza de que foi uma experiência enriquecedora quer a nível académico quer pessoal, pois o contato com a realidade hospitalar trouxe-me muitas lembranças, dum passado recente até há 4 anos, altura em que ingressei nos Cuidados de Saúde Primários depois de uma longa experiência hospitalar. A possibilidade de contactar com uma população preferencialmente idosa foi muito importante para mim, porque tornou o meu projeto mais “vivo”, perspetivando o próximo ensino clínico, na comunidade onde será implementado o projeto.

Realço a importância da colheita de dados para perceber o *status* funcional do cliente antes e após queda no domicílio, integrando este momento da aprendizagem como um forte contributo para um Enfermeiro que desempenha funções na Comunidade, reforçando o papel deste na prevenção de queda da pessoa idosa a partir de intervenções que proporcionem o Autocuidado, nomeadamente, na identificação de risco de queda, avaliação da funcionalidade e o encaminhamento para recursos do sistema de saúde e a intervenção precoce de forma a potenciar a reabilitação e a reduzir substancialmente o impacto da queda na funcionalidade desta (Dias, 2011).

A possibilidade de conhecer parcialmente o Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, EPE, a filosofia de cuidados e alguns dos profissionais, foi estimulante, apesar de a atual conjuntura de redução de recursos humanos e materiais se fazer sentir de forma “discreta e elegante”, mas presente.

Realço o acolhimento feito por todos os pares e interpares de forma solícita e disponível a toda a informação por mim solicitada.

Este ensino clínico apesar de curto, teve elevada importância na minha formação como futura Enfermeira especialista e como pessoa, tendo proporcionado a capacidade de intervir com um conhecimento aprofundado no domínio da Pessoa Idosa internada por fratura como consequência de queda no domicílio contribuindo para a aquisição dos objetivos inicialmente propostos de forma satisfatória.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, T. L., Alexander, N. B., Nyquist, L. V., Montagnini, M. L., Santos, A. C. S., Rodrigues, G. H. P., ... Wajngarten, M. (2013). Minimally Supervised Multi-Modal Exercise to Reduce Falls Risk among Economically and Educationally Disadvantaged Older Adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 21(3), 241–259.
- Akyol, A.D. (2007). Falls in the elderly: What can be done? Journal Compilation, International Council of Nurses, 191-196.
- Araujo, F., Ribeiro, J. L., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007 junho/dezembro). Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Qualidade de Vida*, pp. 59-66.
- Baixinho, C. L. (2011). Funcionalidade após fractura do colo do fémur. *Revista Baiana de Enfermagem*. 25 (3), 311-319.
- Benner, P. (2005). De iniciado a perito excelência e poder na prática clínica de enfermagem (2ª ed). Coleção Enfermagem: Quarteto.
- Branco, J.C., Felicíssimo, P., Monteiro, J. (2009). A epidemiologia e o impacto sócio-económico das fracturas da extremidade proximal do fémur-uma reflexão sobre o padrão actual de tratamento da osteoporose grave. *Acta reumatologia port.* (34), 475-485.
- Branco, P. P. (2013). Avaliação e modificação do risco de queda em idosos com recurso à posturografia dinâmica computadorizada. *Tese apresentada para a obtenção do Grau de Doutor em Medicina, na Especialidade de Medicina Física e de Reabilitação, conferido pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa - Faculdade de Ciências Médicas.
- Canadian Nurses Association. (2008). Advanced Nursing Practice. A National Framework. Ottawa: Canadian Nurses Associaton.
- Cabrita, M.F.G., José, H.M.G. (2013). O IDOSO NA EQUIPE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS: PROGRAMA DE ENFERMAGEM PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. 7 (1) 96-103.
- Centers for Disease Control and Prevention - CDC- (2015). Costs of Falls Among Older Adults.
- Cevizci, S., Uluocak, S., Aslan, C., Gokulu, G., Bilir, O., Bakar, C. (2015). Prevalence of falls and associated risk factors among aged population: Community based cross-sectional study from Turkey. *Central European journal of public health* 23(3):233-239.
- Child, S., Goodwin, V., Garside, R., Jones-Hughes, T., Boddy, K., Stein, K. (2012). Factors influencing the implementation of fall-prevention programmes: a systematic review and synthesis of qualitative studies. *Implementation Science*, 7 (91).
- Contreiras, T. Rodrigues E. (2014). EVITA – Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes: relatório 2009 – 2012. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Daal, J. O., van Lieshout (2005). Falls and medications in the elderly. *Neth J Med*, 63 (3), 91- 96.

- Decreto-Lei nº203/2008 de 10 de Outubro (2008). Transformação do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, em Hospital Professor Fernando Fonseca E.P.E. Diário da República, I Série, N.º 197 (10-10-2008) 7255-7257.
- Dias, R.C., Freire, M.T.F., & Perracini, M.R. (2011). Características associadas à restrição de atividades por medo de cair em idosos comunitários. *Rev Bras Fisioter*, 15 (5), 406-413.
- Direção-Geral da Saúde (2012). Plano Nacional de Saúde. Acedido a 14/4/2016. Disponível em <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>.
- Direção Geral da Saúde (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Lisboa: DGS.
- ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA (2014). Regulamento de Mestrado 2014. ESEL, Lisboa. Acedido a 12/12/2016. Disponível em: http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/63B35190-FD5E-4BCF-BF43-D08B1210D1DF/4612/reg_mest_02_2014.pdf.
- Fernandes, A. C., Barbosa, A. M., Luiz, A. F., Ferreira, A., Vaz, A., Cencio, G. ... Valente, S. (2010). A Organização Interna e a Governação dos Hospitais. *Ministério da Saúde*.
- Freiberger, E., Blank, W. A., Salb, J., Geilhof, B., Hentschke, C., Landendoerfer, P. ... Siegrist, M. (2013). Effects of a complex intervention on fall risk in the general practitioner setting: a cluster randomized controlled trial. *Clinical Intervention in Aging*, 8, 1079-1088.
- Gillespie, L.D., Robertson, M., Gillespie, WJ., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L. M., Lamb, S. E. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 9. Art. No.: No.: CD007146. DOI: 10.1002/14651858.CD007146.pub3.
- Gschwind, Y.J., Wolfa, I., Bridenbaugh, S.A., Kressig, R.W. (2011). Basis for a Swiss perspective on fall prevention in vulnerable older people. *Swiss Medical Weekly*, 141.
- Hester, A. L., Wei, F. (2013). Falls in community: state of the science. *Clinical interventions in Aging*. 8, 675-679.
- Iliffe, S., Kendrick, D., Morris, R., Masud, T., Gage, H., Skelton, D. ... Hawort, D. (2014). Multicenter cluster randomized trial comparing a community group exercise programme and home-based exercise with usual care for people aged 65 years and over in primary care. *Pub Med*, 18 (49).
- Inaba, L. C., Silva, M. J. P., Telles, S. C. R. (2005). Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. *Revista Escola Enfermagem USP*. 423-429.
- INC (2005). Classificação internacional para a prática de enfermagem. Versão 1. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.
- Jung, D. (2008). Fear of falling in older adults: comprehensive review. *Asian Nurs Rev* (Korean Soc Nurs Sci). 2 (4), 214 - 222.

- Kendrick, D., Kumar, A., Carpenter, H., Zijlstra, GA., Skelton, DA., Cook, JR., Delbaere, K. (2014). Exercise for reducing fear of falling in older people living in the community. *Pub Med*. 28 (11).
- Luck, T., Motzek, T., Luppa, M., Matschinger, H., Fleischer, S., Sesselmann, Y., Riedel-Heller SG. (2013). Effectiveness of preventive home visits in reducing the risk of falls in old age: a randomized controlled trial. *Pub Med*, 8, 697-702.
- Merrett, A., Thomas, P., Stephens, A., Moghabghab, R., Gruneir, M. (2011) A Collaborative Approach to Fall Prevention. *CANADIAN-NURSE.COM*.107 (8).
- Martin, F. (2011), –Falls risk factors: assessment and management to prevent falls and fractures. *Canadian Journal on Aging*. Vol. 30, nº 1, 33- 44.
- Meleis, A., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger, M. D. K., Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS Adv Nurs Sci*. 23(1), 12-28.
- Meleis, A. (2010). Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishings Company.
- Melo, C. A. (2011) Janeiro. *Adaptação cultural e validação da escala "falls efficacy scale" de Tinetti*. From ifisionline: www.ifisionline.ips.pt
- Miller, E., Wightman, E. & Campbell, F. (2009). Management of Fall-Related Injuries in the Elderly: A Retrospective Chart Review of Patients Presenting to the Emergency Department of a Community-Based Teaching Hospital. *Physiotherapy*. Canada,61(1), 26–37.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., prisma group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Journal med* 6 (7).
- Morse, J. (2009). Preventing Patient Falls. (2ª ed.), New York: Springer Pub.
- Moyer, V. A. (2012). Prevention of Falls in Community-Dwelling Older Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med*. 157(3), 197-204.
- NANDA International (2013). Diagnóstico de Enfermagem da Nanda - 2012-2014. São Paulo: Artmed.
- Neri, A. L. (2014). Palavras-chave em Gerontologia. 4. ed. Campinas: Alínea.
- Netto, M. P. (2002). Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu.
- National Institute for Health and Care Excellence - NICE – (2013). Falls: assessment and prevention of falls in older people. NICE clinical guideline 161.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem comunitária e saúde pública. Acedido a 15/4/2016. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt.

- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Acedido a 8/10/2016. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Modelo de Desenvolvimento Profissional. Acedido a 1/4/2016. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). CIPE versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). Regulamento Do Perfil De Competências Do Enfermeiro De Cuidados Gerais. Acedido em 15/4/2016. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 8/10/2016. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt
- Orem, D. E, (2001). NURSING Concepts of Practice. (6ª ed.) Canadá: Mosby
- Organização Mundial de Saúde (2015). Resumo- Relatório Mundial De Envelhecimento E Saúde. Acedido a 15/4/2016. Disponível em <http://sbogg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>
- Pereira, F. (2007). Informação e Qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros: Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem. Porto.
- Pereira, C., Fernandes, L. & Fernandes, L. (2011). EMPOWERMENT: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. *Nursing*, 267.
- Pérula, L., Varas-Fabra, F., Rodriguez, V., Ruiz-Moral, R., Fernandez, J., González, J. ... and the EPICA Study Collaborative Group (2012). Effectiveness of a Multifactorial Intervention Program to Reduce Falls Incidence Among Community-Living Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *Physical Medicine and Rehabilitation*, 93, (10), 1677-1684.
- Petronilho, F. A. S. (2009). Produção de indicadores de qualidade: a enfermagem que queremos evidenciar. *Sinais Vitais*, 82, 35-43.
- Plano Nacional de Saúde -PNS- (2013). PNS 2012-2016. Acedido a 16/4/2016. Disponível em <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>.
- Ribeiro, A. P., E. R. d. Souza, et al. (2008). "A influência das quedas na qualidade de vida de idosos." *Ciência & Saúde Coletiva* 13, 1265-1273.
- Rubenstein, L.Z. (2006). Falls in olden people: epidemiology, risk factos and strategies for prevention. *Age Ageing*. 35 supl (2), 37- 41.

- Silva, A. (2007). Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir* (55), 11-20.
- Silvestre, E., (2016). Relatório de Atividades de 2015 e Objetivos para 2016. Direção de Enfermagem do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca EPE (trabalho não publicado e cedido por Elisabete Silvestre).
- SINUS (2016). Relançamento da Reforma Cuidados Saúde Primários. Acedido a 14/4/2016. Disponível em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Evento_24_Fev_Plano_Operacional_Versao_Portal-01MAR2016.pdf. Sherrington, C., Tiedemann, A. (2015). Physiotherapy in the prevention of falls in older people. *Journal of physiotherapy*. (61), 54-60.
- Sherrington, C., Tiedemann, A., Lord, S. R. (2011). Exercise to prevent falls in older adults: na updated meta-analysis and best practice recommendations. *New South Wales Public Health Bulletin*. (22), 78-83.
- Skelton, D. A. Todd, C. J. (2007). Prevention of Falls Network Europe: a thematic network aimed at introducing good practice in effective falls prevention across Europe. Four years on. *Journal of Musculoskeletal Neuronal Interact*. Vol. 7, nº 3, 273-278.
- Stephoe, A. Deaton, A. Stone, AA. (2015). Psychological wellbeing, health and ageing. *Lancet*, 640-648.
- The American Geriatrics Society -AGS- (2011). AGS/BGS Clinical Practice Guideline: Prevention of Falls in Older Persons. AGS.
- Tomey, A; Alligood, M. (2004). Teóricas de Enfermagem e a sua obra/ Modelos e teorias de enfermagem. (5.ª edição), Loures: Lusociência.
- Todd, C. Skelton, D. (2004). What are the main risk factors for falls among older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? Europe Health Evidence Network Report. Copenhagen. 2004.
- Urden, L. D., Stack, K. M., Lough, M. E. (2008). *Thelan's Enfermagem de Cuidados Intensivos: diagnóstico e intervenção*. 5.ª ed. Loures: Lusodidacta, 1265 p.
- World Health Organization (2002). Active Ageing, A Policy Framework. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain. Acedido a 3/4/2016. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf
- World Health Organization (2005). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília. Organização Pan-Americana de Saúde. Acedido a 13/4/2016. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
- World Health Organization (2007). WHO Global report on falls prevention in older age. France: WHO.

World Health Organization (2010). WHO The world health report: health systems financing: the path to universal coverage. Switzerland. Acedido a 7/4/2016. Disponivel em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44371/1/9789241564021_eng.pdf

World Health Organization (2015). Global Recommendations on Physical Activity for Health. Physical Activity and Older Adults Recommended levels of physical activity for adults aged 65 and above. Acedido a 15/4/2016. Disponivel em http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/en/.

www.hff.min-saúde.pt . Acedido a 7/10/2016.

Zijlstra, G. A., van Haastregt, J. C. & Kempen, G. I. (2007). Interventions to reduce fear of falling in community-living older people: a systematic review. J. Am. Geriatric Soc. 55 (4), 603-615.

ANEXOS

Anexo 1 – Protocolo *Scoping Review* (ver APÊNDICE IV)

Anexo 2 – Consentimento informado (ver APÊNDICE VII)

Anexo 3 – *E-mail* de divulgação do projeto (ver APÊNDICE V)

Anexo 4 – Tabelas com resultados do risco de queda e
avaliação da funcionalidade

CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA

n= 6

Idade (Média) anos [70 - 86]	81,3
Sexo	Feminino: 6 (100%)
Estado Civil	Casado: 1 (16,7%); Viúvo: 4 (66,6%); Divorciado: 1 (16,7%)
Agregado Familiar	Cônjuge: 1 (16,7%); Família alargada: 5 (83,3%)
Escolaridade	Analfabetos: 2 (33,3%); 1º ciclo incompleto: 2 (33,3%); 1º ciclo completa: 2 (33,3%)
Motivo de Internamento	Queda no domicílio do qual resultou Fratura da extremidade proximal do fémur

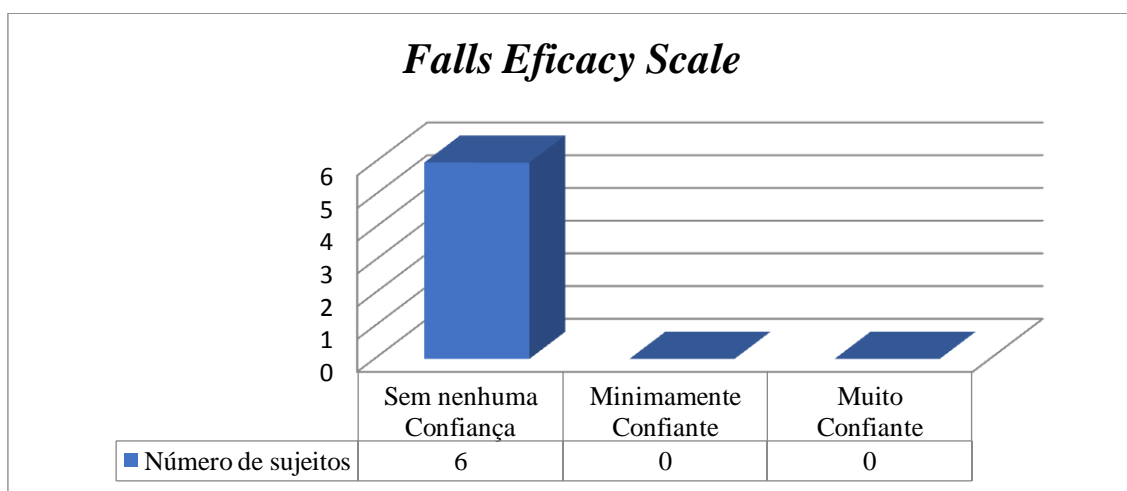
DADOS RELEVANTES SOBRE A AMOSTRA

n = 6

Patologias mais frequentes	Número de fármacos que cada pessoa faz diariamente (média)	Grupos terapêuticos prescritos mais frequentes
Hipertensão Arterial: 4 (66,6%) Problemas Osteoarticulares: 6 (100%) Diabetes Mellitus Tipo II: 4(16,6%)	5,17	Psicofármacos Anti hipertensores

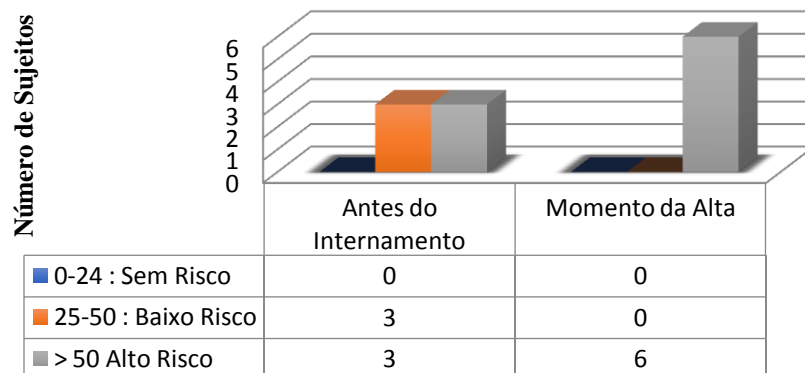
Falls Efficacy Scale

Atividade	% com score inferior a 5 (medo de cair)
Vestir e despir-se	100%
Preparar uma refeição ligeira	100%
Tomar um banho ou duche	100%
Sentar/Levantar da cadeira	100%
Deitar/Levantar da cama	100%
Atender a porta ou o telefone	100%
Andar dentro de casa	100%
Chegar aos armários	100%
Trabalho doméstico ligeiro (limpar o pó, fazer a cama, lavar a louça)	100%
Pequenas compras	100%



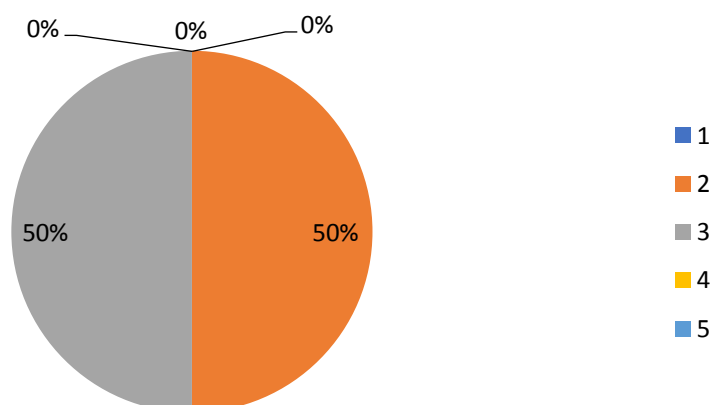
Escala de Morse

Avaliação do Risco de Quedas



Escala de Barthel

Grau de Dependência



Timed Up and Go test

Score		N
	Normal ≤ 12 Segundos	0
	Elevado Risco de Queda ≥13,5 Segundos	4
	Nota: 2 Sujeitos não conseguiram realizar o teste	

S1: “E agora menina? Como é que irá ser? A minha filha não pode tomar conta de mim...”

S2: “Sr^a Enfermeira sinto-me tão fraca e só de pensar que a minha casa tem um corredor tão comprido...”

S3: “Não me atrevo a levantar daqui...”

S4: “Olhe... desde que caí e vim para aqui só estou preocupada com o meu “Flecha” ... estamos os dois velhotes. Espero que ele não faça nenhum disparate... sabe... é muito assustadiço e ainda tropeço nele...”

S5: “Não sei o que se passa comigo, são tonturas, falta de força... quando dou por mim estou no chão...”

S6: “o pior é a noite... e agora depois disto, não sei se consigo voltar para casa...”

S7: “... sabe lá menina, antes eu era de uma maneira e agora é de outra, percebe? Mas então... agora é que não sei sabe? ...não sei andar...”

Anexo 6 – Sugestões dos Enfermeiros para melhorar a transição do
hospital para a comunidade

<p>Considera que a Carta de Alta – Enfermagem, apresenta toda a informação sobre o cliente no momento da alta para o Enfermeiro da Comunidade? Se não, dê alguma sugestão que contribua para melhorar a transição do Hospital para a Comunidade.”</p>		
Enfermeiro	Opinião	Sugestão
E1	No hospital é muito complicado fazer uma programação da alta para a comunidade. Para a RNCCI é mais fácil porque existe formulário. As notas são pobres.	Mobilidade de itens observados para a carta de alta. Poupar tempo para se ativar o tempo.
E2	Na nota de alta vai a informação em relação aos cuidados de enfermagem/pensos/feridas/consulta e medicação. Na nota de alta do médico depende...	Falem com o informático, o Sorian permite que se mexa nalguns itens da plataforma e transfiram dados que se vão avaliando para a carta de alta. É só ativar no momento da alta.
E3	Não. Há muita falta de tempo. Não temos contato nenhum com a colega da comunidade. Há uma lacuna muito grande.	Era importantes as escalas irem na carta de alta. Transpor a informação para a carta de alta automaticamente.
E4	As notas são muito incompletas e não refletem o que o doente tem nem o que é feito.	E se a Escala de Braden e Morse fosse transferida para a carta de alta?
E5	Parece que vai tudo o que é necessário.	

Versão Portuguesa da *Falls Efficacy Scale*

	Sem nenhuma Confiança	Minimamente Confiante	Muito Confiante
1. Vestir e despir-se	1	2	3 4 5 6 7 8 9 10
2. Preparar uma refeição ligeira	1	2	3 4 5 6 7 8 9 10
3. Tomar um banho ou duche	1	2	3 4 5 6 7 8 9 10
4. Sentar / Levantar da cadeira	1	2	3 4 5 6 7 8 9 10
5. Deitar / Levantar da cama	1	2	3 4 5 6 7 8 9 10
6. Atender a porta ou o telefone	1	2	3 4 5 6 7 8 9 10
7. Andar dentro de casa	1	2	3 4 5 6 7 8 9 10
8. Chegar aos armários	1	2	3 4 5 6 7 8 9 10
9. Trabalho doméstico ligeiro (limpar o pó, fazer a cama, lavar a louça)	1	2	3 4 5 6 7 8 9 10
10. Pequenas compras	1	2	3 4 5 6 7 8 9 10

Melo, C. A. (2011). *Adaptação cultural e validação da escala "falls efficacy scale" de Tinetti*. Acedido a 10/10/2016. Disponível em: ifisionline: www.ifisionline.ips.pt

Morse Fall Scale

Variáveis	Score
1. História de quedas	Não 0 Sim 25 <u>25</u>
2. Diagnóstico secundário	Não 0 Sim 15 <u>15</u>
3. Apoio para deambular - normal/acamado/apoia-se na enfermeira - canadiana/bengala/andarilho - mobiliário	0 15 30 <u>0</u>
4. EV ou acesso EV	Não 0 Sim 20 <u>20</u>
5. Marcha - normal/acamado/cadeira de rodas - Fraco - Debilitado	0 10 20 <u>20</u>
6. Estado mental - orientado para as suas capacidades - sobrestima ou esquece as suas limitações	0 15 <u>0</u>
	Total: <u>0</u>

Ponto de corte:

score ≥ 45 – Alto risco de queda

80//

5/10/2016

Adaptado:

Morse Fall Scale (1986), *Aguarda resposta da J. Torse*

NFR 84 A 05/10/2016

Índice de Barthel

1. Alimentação	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos).....	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
2. Transferências	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda.....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado.....	<input type="checkbox"/> 0
3. Toilete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda.....	<input checked="" type="checkbox"/> 0
4. Utilização do WC	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input checked="" type="checkbox"/> 0
5. Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda).....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda.....	<input checked="" type="checkbox"/> 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses).....	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda.....	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel.....	<input checked="" type="checkbox"/> 0
7. Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input checked="" type="checkbox"/> 0
8. Vestir	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda.....	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Impossível.....	<input type="checkbox"/> 0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar.....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional.....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres.....	<input type="checkbox"/> 0
10. Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manear a algália sozinho.....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manear a algália sozinho.....	<input type="checkbox"/> 0

Score total: 40

0 – dependência máxima

60 – ponto de corte entre dependência e independência

85 – independentes, necessitando de assistência mínima

Araujo, F., Ribeiro, J. L., Oliveira, A., & Pinto, C. (Junho/Dezembro de 2007). Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Qualidade de Vida*, pp. 59-66.

Teste Get Up and Go

Início:

Sentado na cadeira – cadeira com uma distância de 44 a 47 cm do chão e com braços de apoio

Ter disponível um percurso de 3 m para ser percorrido

Voltar a sentar-se.

Tempo de realização do percurso: _____

Score: normal ≤ 12 segundos

Risco de queda elevado para tempos
 $\geq 13,5$ segundos

Branco, P. P. (2013). Avaliação e modificação do risco de queda em idosos com recurso à posturografia dinâmica computadorizada. *Tese apresentada para a obtenção do Grau de Doutor em Medicina, na Especialidade de Medicina Física e de Reabilitação, conferido pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa - Faculdade de Ciências Médicas.

ANEXO III -Caderno de Instrumentos de Colheita de
Dados

1 - Mini Mental Statement Examination

AVALIAÇÃO BREVE DO ESTADO MENTAL

I. ORIENTAÇÃO

"Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz". (Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

1. Em que ano estamos? _____
2. Em que mês estamos? _____
3. Em que dia do mês estamos? (Quantos são hoje?) _____
4. Em que estação do ano estamos? _____
5. Em que dia da semana estamos? (Que dia da semana é hoje?) _____
6. Em que País estamos? (Como se chama o nosso país?) _____
7. Em que Distrito vive? _____
8. Em que Terra vive? _____
9. Em que casa estamos? (Como se chama esta casa onde estamos?) _____
10. Em que andar estamos? _____

NOTA _____

II. RETENÇÃO

"Vou dizer-lhe três palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras".

As palavras são:

PERA

GATO

BOLA

"Repita as três palavras".

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta).

PERA _____ **GATO** _____ **BOLA** _____ **NOTA** _____

III. ATENÇÃO E CÁLCULO

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e que ao número encontrado volte a subtrair 3 até eu lhe dizer para parar."

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta. Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer um erro na subtracção, mas continuando a subtrair correctamente a partir do erro, conta-se como um único erro).

(30) (27) (24) (21) (18) (15) **NOTA** _____

IV. EVOCÇÃO

(Só se efectua no caso do sujeito ter apreendido as três palavras referidas na prova de retenção).
"Agora veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para repetir".
(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

PERA _____ GATO _____ BOLA _____ NOTA _____

V. LINGUAGEM

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

a) Mostrar o relógio de pulso.

"Como se chama isto?" _____ NOTA _____

b) Mostrar um lápis.

"Como se chama isto?" _____ NOTA _____

c) Repetir a frase :

"O rato rói a rolha" _____ NOTA _____

d) "Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão" (ou: "coloque-o aqui em cima da secretária/mesa" – indicar o local onde o papel deve ser colocado).

(Dar 1 ponto por cada etapa bem executada. A pontuação máxima é de 3 pontos).

- Pega no papel com a mão direita _____

- Dobra o papel ao meio _____

- Coloca o papel no chão _____

(ou no local indicado)

NOTA _____

e) "Leia e cumpra o que diz neste cartão".

(Mostrar o cartão com a frase: **"FECHE OS OLHOS"**

Se o sujeito for analfabeto o examinador deverá ler-lhe a frase).

(Dar 1 ponto por cada realização correcta).

NOTA _____

f) "Escreva uma frase".

(A frase deve ter sujeito, verbo e ter sentido para ser pontuada com 1 ponto. Erros gramaticais ou de troca de letras não contam como erros).

NOTA _____

A frase deve ser escrita numa folha em branco (se o sujeito for analfabeto este ponto não é realizado)

g) "Copie o desenho que lhe vou mostrar".

(Mostrar o desenho num cartão ou na folha)

(os 10 ângulos devem estar presentes e 2 deles devem estar intersectados para pontuar 1 ponto. Tremor e erros de rotação não são valorizados).

NOTA _____

NOTA TOTAL _____

Considera-se com Defeito Cognitivo:

0 a 2 anos de literacia ≤ 22

3 a 6 anos de literacia ≤ 24

Guerreiro et al (1993) – Adaptação à população portuguesa da tradução do "Mini Mental State Examination" (MMSE). Laboratório de Estudos de Linguagem do Centro de Estudos Egas Moniz. Hospital de Sta. Maria

Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (novembro de 2009). Novos valores normativos do Mini-mental state examination. *Sinapses*, pp. 10-16.

2 – Caracterização sociodemográfica

Nome _____	História de quedas no último ano S _____ N _____
Idade _____	Nº de episódios de queda _____
Estado civil _____	Causa da queda _____
Escolaridade _____	Consequências: Int. Médica: S _____ N _____
Profissão _____	Sintomatologia Associada _____ _____ _____ _____ _____
Agregado familiar/relação de parentesco _____	
Motivo dos cuidados ao domicílio _____	

Patologias associadas:

Listagem da medicação atual:

Baseado nos artigos:

Akyol, A.D. (2007). Falls in the elderly: What can be done? *Journal Compilation, International Council of Nurses*. 54(2), 191-196.

American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. (2001). Guideline for the prevention of falls in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*. 49, 664-672.

3 - Escala de *Barthel*

1. Alimentação	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
2. Transferências	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	<input type="checkbox"/> 0
3. Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
4. Utilização do WC	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
5. Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel	<input type="checkbox"/> 0
7. Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
8. Vestir	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Impossível	<input type="checkbox"/> 0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	<input type="checkbox"/> 0
10. Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 0

Score total: _____

0 – Dependência máxima

60 – Ponto de corte entre dependência e independência

85 – Independentes, necessitando de assistência mínima

Araujo, F., Ribeiro, J. L., Oliveira, A., & Pinto, C. (Junho/Dezembro de 2007). Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Qualidade de Vida*, pp. 59-66.

4 - Falls Efficacy Scale (FES)

	Sem nenhuma Confiança	Minimamente Confiante	Muito Confiante
1. Vestir e despir-se	1	2	3 4 5 6 7 8 9 10
2. Preparar uma refeição ligeira	1	2	3 4 5 6 7 8 9 10
3. Tomar um banho ou duche	1	2	3 4 5 6 7 8 9 10
4. Sentar / Levantar da cadeira	1	2	3 4 5 6 7 8 9 10
5. Deitar / Levantar da cama	1	2	3 4 5 6 7 8 9 10
6. Atender a porta ou o telefone	1	2	3 4 5 6 7 8 9 10
7. Andar dentro de casa	1	2	3 4 5 6 7 8 9 10
8. Chegar aos armários	1	2	3 4 5 6 7 8 9 10
9. Trabalho doméstico ligeiro (limpar o pó, fazer a cama, lavar a louça)	1	2	3 4 5 6 7 8 9 10
10. Pequenas compras	1	2	3 4 5 6 7 8 9 10

Score:

Mínimo: 10

Máximo: 100

Melo, C. A. (2011). *Adaptação cultural e validação da escala "falls efficacy scale" de Tinetti*. Acedido a 10/10/2016. Disponível em: ifisionline: www.ifisionline.ips.pt

5 - Test Get Up and Go Test (TUGT)

Início:

Sentado na cadeira – cadeira com uma distância de 44 a 47 cm do chão e com braços de apoio

Ter disponível um percurso de 3 metros para ser percorrido

Voltar a sentar-se.

Tempo de realização do percurso: _____

Ponto de corte: 12,6 segundos

Risco de queda elevado para tempos
 $\geq 12,6$ segundos

American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention (2001). Guideline for the prevention of falls in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*. 49, 664-672.

6 – Escala de avaliação das práticas e comportamentos do idoso na prevenção de queda

Comunicação	Sempre	Às vezes	Nunca
Oiço e falo com outros idosos sobre os fatores de risco de queda			
Os médicos alertam-me para o risco de cair			
Os enfermeiros alertam-me para o risco de cair			
Os familiares alertam-me para o risco de cair			
Comunico aos meus familiares os fatores de risco de queda			
Comunico aos enfermeiros os fatores de risco identificados			
Práticas e comportamentos de segurança	Sempre	Às vezes	Nunca
Seleciono os sapatos adequados para o meu pé			
Opto por colocar sapatos com sola antiderrapante			
Quando me levanto da cama primeiro sento-me com os pés apoiados no chão só depois coloco-me em pé			
Certifico-me que os pés estão bem apoiados no chão antes de me colocar em pé			
Verifico se o piso da casa de banho não está escorregadio/molhado antes de a utilizar			
Antes dos cuidados de higiene asseguro-me que o pavimento não está escorregadio			
Procuro ser perseverante na escolha das melhores medidas preventivas de quedas-			
Organizo o espaço do meu quarto de modo a facilitar a deslocação no mesmo-			
Removo obstáculos que dificultem a marcha no quarto			
Removo obstáculos que dificultem a marcha no corredor			

Baixinho, C. L. & Dixe, M. A. (2016). Construction and Validation of the Scale of practices and Behaviors of Institutionalized Elderly to Prevent fall. *Universal Journal of Public Health*. 4(3), 139-143.

7 - Registo de Observação Segurança do Ambiente Físico e Barreira Arquitetónicas no domicílio

Descrição		Sim	Não	Não aplicável
Presença de Animais “Soltos”	Exterior da Casa			
	Interior da Casa			
Presença de Escadas/Degraus	Acesso da rua à habitação			
	Interior da habitação			
Presença de Pavimentos Irregulares	Exterior da Casa			
	Interior da Casa			
Presença de Tapetes	Hall de Entrada/Sala	Presente		
		Seguro		
	Corredor	Presente		
		Seguro		
	Quarto, junto à cama	Presente		
		Seguro		
	Cozinha	Presente		
		Seguro		
	Casa de banho	Presente		
		Seguro		
Luz Adequada	Hall de Entrada/Sala			
	Corredor			
	Quarto			
	Cozinha			
Ambiente Doméstico	Fios elétricos/telefone no chão			
	Gavetas Abertas			
	Mobília Instável			
	Soleiras das portas niveladas com o chão			

Mobiliário	Articulações coxofemoral e do joelho fazem ângulo de 90º	Cadeira			
		Cama			
	Circulação com 1m de distância ao redor da cama				
	Permite o acesso e a circulação em cadeira de rodas/andairilho				
	Presença de mobiliário nas zonas de passagem				
	Desenhos confusos de pavimentos/ladrilhos				
	Largura das Portas	< 90cm		> 90cm	
	Largura dos Corredores	< 90cm		> 90cm	
Casa de Banho	Presença de Banheira				
	Presença de barras de apoio na banheira				
	Presença de Duche/Poliban				
	Presença de barras de apoio no Duche				
	Duche com debrum				
	Altura do Debrum do duche: _____				

Adaptado:

Akyol, A. D. (2007). Falls in the elderly: what can be done? *Journal Compilation, International Council of Nurses*, 191-196.

World Health Organization, W. (2007). *WHO Global report on falls prevention in older age*. France: WHO.

Gentilmente cedido pela Professora Doutora Cristina Rosa Soares Lavareda Baixinho

TEMA	CONTEÚDO	DESTINATARIOS	RECURSOS	LOCAL	DIA E HORA	FORMADOR
Divulgação de Projeto: PREVENÇÃO DE QUEDA NO DOMICÍLIO DA PESSOA IDOSA: Intervenções de Enfermagem.	Duração e contexto; Justificação do Tema; Diagnóstico da situação prévio ao projeto/Pertinência do Projeto/Análise SWOT Referencial teórico Competências a desenvolver Finalidade e Objetivos gerais Cronograma	Enfermeiros, Médicos, Fisioterapeuta, Psicóloga; Assistente Social;	Método expositivo Projektor Computador <i>Power- point</i>	Sala de Movimento	21/11/2016 14H	Teresa Oliveira
PREVENÇÃO DE QUEDA NO DOMICÍLIO DA PESSOA IDOSA: Intervenções de Enfermagem. A pessoa idosa na UCSP Olival e UCC Cacém Care	Objetivos Envelhecimento A especificidade da pessoa idosa O fenómeno AUTOCAUIDADO e o foco Queda no SClínico Considerações finais Casa segura para idosos - Animação	Enfermeiros (UCSP Olival, UCC Cacém Care e USF Flôr de Lotus)	Método expositivo Projektor Computador <i>Power- point</i>	Sala de Movimento	18/01/2017 14 H	Teresa Oliveira

TEMA	CONTEÚDO	DESTINATARIOS	RECURSOS	LOCAL	DIA E HORA	FORMADOR
(Cont.) Divulgação de resultados do Projeto: PREVENÇÃO DE QUEDA NO DOMICÍLIO DA PESSOA IDOSA: Intervenções de Enfermagem.	Justificação do tema Modelo de fatores e risco de queda (OMS) Referencial teórico – D. Orem Metodologia de Planeamento em Saúde	Enfermeiros, Médicos, Fisioterapeuta, Psicóloga; Assistente Social;	Método expositivo Projektor Computador <i>Power-point</i>	Sala de Movimento	09/02/2017 13H	Teresa Oliveira

ANEXO V – Questionário de Satisfação/Resultados
da avaliação das formações

Formação e Desenvolvimento profissional (TEMA)	
Questionário de Satisfação dos Formandos	 

Formador	Teresa Oliveira Enfermeira- Estudante da ESEL 5º Curso de Especialização Médico-cirúrgica vertente Pessoa Idosa
Data	

Este questionário pretende recolher a sua apreciação e sugestões de melhoria sobre a ação de formação a que acabou de assistir. Responda, por favor, assinalando com uma cruz a sua opinião.

Parte I – Apreciação sobre a Ação		Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1	A formação foi útil.				
2	A duração da ação foi suficiente.				
3	A ação foi fácil de compreender.				
4	Gostei da prestação do (s) formador (es)				
5	O programa/conteúdo da ação foi adequado				

Globalmente, o que **gostei mais** na Ação de Formação:

Globalmente, o que **gostei menos** na Ação de Formação:

Sugestões de Melhoria:

Parte II - Aprendizagem		Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1	Sinto que aprendi com esta ação.				
2	Os objetivos da ação foram cumpridos				

Parte III - Resultados		Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1	Esta ação contribuiu para que eu desempenhe melhor o meu trabalho.				

Muito obrigada pela participação!

AVALIAÇÃO DAS SESSÕES (21/11/2016)				
ITENS	Discordo totalmente %	Discordo %	Concordo %	Concordo totalmente %
Parte I – Apreciação sobre a ação	-	-	8,3	91,7
Parte II – Aprendizagem	-	-	-	100
Parte III - Resultados	-	-	5	95

AVALIAÇÃO DAS SESSÕES (18/01/2017)				
ITENS	Discordo totalmente %	Discordo %	Concordo %	Concordo totalmente %
Parte I – Apreciação sobre a ação	-	-	1,3	98,7
Parte II – Aprendizagem	-	-	-	100
Parte III - Resultados	-	-	2	98
Q. Aberta	75% - Pertinência do tema; uniformização de registos em SClinico			

AVALIAÇÃO DAS SESSÕES (09/02/2017)				
ITENS	Discordo totalmente %	Discordo %	Concordo %	Concordo totalmente %
Parte I – Apreciação sobre a ação	-	-	98	2
Parte II – Aprendizagem	-	-	95	5
Parte III - Resultados	-	-	95	5

Obs. Só houve respostas nas questões abertas na sessão de 18/01/2017.

ANEXO VI – Postal Imanizado



Sapatos antiderrapantes



Manter telefone perto



Barras de apoio - WC



Atenção aos tapetes



Cuidado com fios no chão



Cuidado com armários altos

Eu previno a Queda! E você?